

MEDICINA PREVENTIVA EN EL ANCIANO

La medicina preventiva adquiere su máximo desarrollo efectivo durante el siglo XIX y primera mitad del siglo XX. El control y prevención de las enfermedades infecciosas originó el mayor aumento de expectativa de vida de la humanidad, con el consiguiente envejecimiento poblacional en los países más desarrollados. Una medicina preventiva eficaz ha traído consigo un progresivo envejecimiento poblacional, que se produce sobre todo en la segunda mitad del siglo XX y en los países de mayor grado de desarrollo técnico y económico.

La medicina preventiva aplicada en la edad joven y adulta, tiene el inconveniente de que muchas personas suponen que es inevitable el deterioro global inherente a la vejez y que nada puede, ni debe, hacerse para evitarlo. Fries demostraba que la curva de supervivencia en 1980, en menores de 60 años, se aproximaba en gran medida a la curva de supervivencia «ideal», habiendo «evitado» en más de un 90% los fallecimientos habidos según la curva del año 1900. Por encima de los 60 años, la curva de supervivencia se encontraba a mitad de recorrido entre la curva de supervivencia de 1900 y la curva de supervivencia «ideal». Las medidas preventivas que se apliquen en este grupo de edad, pueden mejorar teóricamente, en gran medida, la curva de supervivencia actual.

La Geriátrica es la rama de la Medicina que estudia y atiende aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales del anciano, tanto en situación de salud como de enfermedad. El objetivo principal que tiene es conseguir el máximo bienestar funcional del individuo, para acceder a una

mejor integración social. Esto no sólo implica la prevención de la enfermedad, sino también la prevención y reducción de la discapacidad y la promoción de un mejor estado de salud. Todo ello debe permitir a los ancianos envejecer con mayor independencia, satisfacción y felicidad.

La Dra. Warren, considerada pionera de la Geriátrica moderna, inició su andadura profesional en un asilo londinense en el que convivían viejos e indigentes, en un ambiente de reclusión y conformismo terapéutico. La aplicación de una metodología diagnóstica eficaz y la utilización de todas las medidas terapéuticas posibles, incluyendo las rehabilitadoras, así como la búsqueda de soluciones sociales a sus problemas, consiguió reintegrar a la sociedad a gran parte de aquellos viejos asilados. Su trabajo, unido al de otros muchos y al envejecimiento demográfico, han dado lugar a un concepto asistencial del anciano, que ha de extenderse no sólo a éste, sino a sus cuidadores.

La familia a la que se le preste el apoyo debido, se le informe bien sobre el estado de salud y de enfermedad del anciano y se le garantice la ayuda adecuada para satisfacer las necesidades del mismo, seguirá atendándole con mayor efectividad y durante más tiempo que otra, a la que se le niegan estas ayudas.

Este método de trabajo exige la colaboración interdisciplinar entre los profesionales del área sanitaria y del área social, que deben intervenir en el anciano y en su familia para conseguir una mejor calidad del mismo.

Si deseamos prevenir, el primer concepto que debemos adquirir es la diferencia existente entre el envejecimiento fisiológico y el patológico; es diferente envejecer que enfermar. El viejo está sometido a modificaciones fisiológicas por su propio envejecimiento, y accede a la vejez tras una larga exposición a factores de riesgo, tras un periodo previo en el que ha podido desarrollar enfermedades y hasta presentar secuelas de las mismas, que dificulten la adaptación social del individuo.

También de manera previa, debemos conocer cuál es la expectativa de vida del individuo en relación con su edad. Debemos valorar la aplicación de medidas diagnósticas o terapéuticas especialmente agresivas para el individuo en el contexto de su calidad de vida previa y de su esperanza de vida. En nuestro medio, a los 65 años la esperanza de vida media es de 16-18 años, siendo a los 75 años la esperanza de vida media de 10-12 años, y reduciéndose a los 85 años a 4-6 años y a los 90 a 2-3 años. La expectativa de vida para los hombres se sitúa en la parte baja del arco, y para las mujeres en la parte alta.

En Medicina Preventiva del anciano vamos a contemplar cuatro escalones de actuación, los tres clásicos y un cuarto que creemos debe completar una política de atención integral de la salud del viejo. Los describimos inicialmente, para posteriormente desarrollar las medidas que deben adoptarse en cada uno de ellos:

PREVENCION PRIMARIA.—Es la actuación en el periodo prepatogénico de la enfermedad, orientada a evitar que aparezca la enfermedad. Los campos de actuación serían: promoción de la salud, educación sanitaria y protección específica.

PREVENCION SECUNDARIA.—Es la actuación dirigida a diagnosticar precozmente la enfermedad, para prevenir sus consecuencias y progresión, mediante un tratamiento temprano.

PREVENCION TERCIARIA.—Es la actuación dirigida a prevenir, mediante terapéutica rehabilitadora, las consecuencias discapacitantes de la enfermedad y la invalidez consiguiente. La rehabilitación debe ser precoz y global (física, psíquica y social).

PREVENCION CUATERNARIA.—Son las actuaciones dirigidas a prevenir la desadaptación social y familiar del anciano discapacitado. El apoyo social al enfermo y a su familia será el método a desarrollar.

I. PREVENCION PRIMARIA

Es el conjunto de medidas sanitarias y sociales que tienden a elevar el estado de salud de una población. La medicina preventiva primaria en el anciano debe ser una continuación de la desarrollada desde la infancia. La eliminación de factores de riesgo y la adopción de una forma de vida saludable, son conceptos educacionales que deben adquirirse en edades más tempranas y mantenerse en la vejez.

Para fomentar y promocionar la salud del viejo deben conocerse sus hábitos de vida y luchar contra los factores de riesgo que acechan a su salud.

La alimentación debe ser inofensiva, nutritiva, económica, sabrosa y variada. Esto no siempre es fácil, ya que el anciano puede tener problemas económicos, sociales (soledad, desatención) o sanitarios (enfermedades) que impidan el adecuado cumplimiento. Más de la mitad de los ancianos tienen problemas graves en su dentaduras o en el ajuste de sus prótesis, que les impiden una masticación adecuada y les puede obligar a realizar cambios en las dietas (trituras). La depresión y la ansiedad pueden provocar trastornos en la alimentación por exceso o por defecto. La toma de fármacos puede restarles apetito y la pérdida funcional de los órganos de los sentidos puede hacerles perder interés por su alimentación. La dieta debe ser rica en fibra vegetal (fruta y verdura) para prevenir el estreñimiento frecuente en el anciano. Las personas de los países en los que la dieta contiene al menos 30 gr. de fibra diaria, tienen tasas más bajas de hemorroides, diverticulosis, estreñimiento y cáncer de colon. La dieta debe contener al menos 800 mg/día de calcio, lo que se consigue con una dieta variada en la que se incluya diariamente medio litro de leche y un yogurth.

La higiene individual debe preservarse. Hay ancianos que se despreocupan por su higiene personal y vestido, actitudes que influyen negativamente sobre ellos mismos, al hacerles más frágiles a la enfermedad y limitar su vida de relación social. Deben cuidar y limpiar sus dientes y prótesis dentales.

El anciano fumador debe ser informado de sus riesgos y tomar una actitud individualizada respecto al tabaquismo, teniendo en cuenta el riesgo que ocasiona en cada caso, en relación con el estado de salud y con su esperanza de vida. Debemos ser más inflexibles en la restricción del tabaco en los pacientes que padecen bronconeumopatías crónicas, arteriopa-

tías periféricas, diabetes, hipertensión arterial u otros factores, que ocasionen riesgo de infarto de miocardio o de accidente vascular cerebral.

El alcoholismo debe evitarse por las enfermedades que puede provocar o descompensar y por la desadaptación social que produce. La soledad y la pobreza favorecen el alcoholismo del anciano, así como el hábito previo.

Debe evitarse del sedentaris'mo, que disminuye la capacidad funcional del individuo. Es recomendable el ejercicio físico controlado y los paseos diarios. El sedentarismo favorece la soledad del anciano, mientras que el ejercicio físico favorece la socialización.

La educación sanitaria debe dirigirse al viejo, a su familia y a la sociedad, que deben conocer como es el envejecimiento y qué especificidades tiene. La preparación a la jubilación, el desarrollo de actividades de ocupación del tiempo libre en la vejez y la asimilación del próximo inicio de un nuevo ciclo vital, favorecen el acceso a un envejecimiento más favorable.

Entre las medidas preventivas específicas, la vacunación antigripal es una medida útil en mayores de 65 años, ya que evitando la aparición de gripe, evita que ésta actúe como vía de paso de complicaciones bacterianas, con mortalidad elevada en el anciano.

El fármaco ideal para la quimioprofilaxis tuberculosa es la isoniacida. Debe darse siempre asociada a vitamina B 6 (50 mgr. de vit. B 6 por cada 300 de isoniacida), para evitar la neuropatía periférica asociada al déficit de esta vitamina. Se debe realizar en pacientes infectados previamente y que tienen riesgo de padecer la enfermedad por inmunodepresión o en pacientes con viraje + del Mantoux.

La quimioprofilaxis de infección urinaria puede ser útil en pacientes con infecciones urinarias de repetición, mediante antisépticos urinarios tomados en una sola dosis nocturna.

La gammaglobulina antitetánica está indicada cuando existen dudas respecto a la vacunación con toxoide tetánico en los últimos 10 años. La vacunación antitetánica está indicada en todas aquellas personas ancianas que por su actividad laboral o social tienen riesgo de producirse heridas contaminantes (predominantemente ambiente rural).

La vacunación antineumocócica está indicada en pacientes broncópatas o car-

diópatas crónicos y en pacientes asplénicos o con anemia falciforme.

El stress constituye un factor de riesgo para el sistema cardiovascular y favorece la descompensación de estados de ansiedad o de enfermedades depresivas. El médico debe afrontar con el paciente las situaciones que provocan stress para favorecer su descarga emocional.

La edad avanzada y la desnutrición aumentan la morbimortalidad postoperatoria en el anciano. Adecuar el estado nutricional previamente (mediante nutrición enteral o parenteral) y la utilización de antimicrobianos está indicada en estos casos.

Las barreras arquitectónicas favorecen la producción de caídas en el anciano con el consiguiente riesgo de fracturas. Evitarlas en los domicilios, residencias de ancianos y otros lugares de frecuente utilización por ancianos es una medida preventiva eficaz. Los medicamentos en general, y los psicotropos en particular, pueden favorecer la producción de caídas. Su utilización ponderada y evitar las benzodiacepinas de vida media larga contribuye a disminuir el riesgo.

Fomentar la socialización es una medida efectiva para acceder a una vejez más saludable. La soledad y el aislamiento del individuo favorecen la descompensación de depresiones.

II. PREVENCIÓN SECUNDARIA

En el segundo escalón de la prevención se sitúa el diagnóstico precoz, para así acceder a una terapéutica temprana y adecuada, intentando evitar las consecuencias de la enfermedad. La pluripatología es frecuente en la vejez y la presentación de las enfermedades se realiza de manera atípica. Estas, entre otras cuestiones, dificultan el diagnóstico precoz y acreditan la necesidad de que el médico tenga una adecuada base de conocimientos en el área geriátrica y gerontológica.

En un clima de confianza entre el médico y el paciente, (y la familia si es preciso) se debe realizar la historia clínica y la anamnesis por aparatos. Además, debe valorarse su capacidad funcional y su situación social.

La historia geriátrica debe complementarse con aquellas determinaciones analíticas que confirmen o no la sospecha del juicio clínico inicial. La radiología de tórax y el electrocardiograma están indicados si hay riesgo de enfermedad pulmonar o cardíaca y en la hipertensión arterial, aña-

diéndose en este caso un estudio de la función renal (creatinina, urea, iones). Otras pruebas complementarias deben estar justificadas por una sospecha diagnóstica y tras una valoración del balance riesgo/beneficio adecuado a cada situación individualizada.

No hay estudios controlados que hayan evaluado hasta la actualidad la rentabilidad médica y económica de los reconocimientos médicos, así como la periodicidad más adecuada. La práctica médica y sus conocimientos, así como el conocimiento psicológico del paciente y de sus factores de riesgo, deben orientar al profesional sobre la periodicidad de las revisiones.

En los reconocimientos médicos periódicos de ancianos deben incluirse el examen de la vista y del oído, así como la evaluación odontológica de las piezas propias, la adecuación de la prótesis a la mandíbula del anciano y la higiene de la boca. También debe realizarse una evaluación psiquiátrica somera orientada a descartar demencias o depresiones. Aproximadamente la mitad de los mayores de 65 años son hipertensos, por lo que la toma de la tensión arterial debe ser una norma para llegar al diagnóstico.

La obesidad, además de constituir un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades, limita funcionalmente al anciano, especialmente a pacientes que tienen artropatías limitantes y dolorosas o enfermedades crónicas cardiorrespiratorias. El adelgazamiento controlado de estos pacientes se acompaña de una mejoría funcional del individuo.

Debemos diferenciar los grupos de ancianos que tienen un mayor riesgo de presentar un deterioro en su estado de salud, ya que hacia ellos deben orientarse preferentemente los reconocimientos de salud. En este sentido, grupos de ancianos que pueden precisar una atención preferente son: mayores de 85 años, que han enviudado recientemente o viven solos, solteros o que no han tenido hijos, post-hospitalizados recientemente o que viven en una Residencia de ancianos o perciben ayudas sociales de otro tipo. En general, los más ancianos, los aislados y los peor dotados social, cultural y económicamente.

La búsqueda puede realizarse a través de dos niveles de atención, en un primer nivel actuaría una enfermera con conocimientos geriátricos y gerontológicos que detectaría problemas con soledad, viudez, efectos del cambio de alojamiento, dispersión familiar, apatía familiar, stress

y agotamiento familiar, miedo e inseguridad del anciano, calefacción insuficiente, toma de medicación inadecuada, visión defectuosa o audición insuficiente, riesgo de escaras, heridas y úlceras de decúbito, y trataría o encauzaría su solución al área sanitaria, social o familiar de acuerdo con las necesidades de cada caso. En los casos en que detectase manifestaciones de problemas cardiorrespiratorios, dificultades para la deambulacion, problemas excretorios vesicales o intestinales o alteraciones cognoscitivas y del humor, se lo comunicaría al médico del paciente quien realizaría la asistencia del paciente en este segundo nivel.

Todo programa de intervención en el anciano debe buscar como objetivo mejorar su calidad de vida, no sólo por la detención y atenuación de un riesgo definido, sino por el efecto de la motivación que produce en el anciano el interés por el cuidado de su salud.

III. PREVENCIÓN TERCIARIA

La prevención terciaria tiene como objetivo evitar las secuelas físicas y psíquicas de la enfermedad. Es necesario conocer los déficits funcionales para tratarlos y atenuarlos. Williamson, demostraba que gran parte de los casos de invalidez producidos por diferentes aparatos, eran desconocidos por el médico del paciente. La incontinencia de orina, la demencia, la depresión o los dolores de los pies, habitualmente eran desconocidas por los médicos de los pacientes, a pesar de la potencia discapacitante de las mismas. Si no las conocían, difícilmente podían hacer algo para mejorarlas.

Los pacientes pueden estar afectados por varias enfermedades y su bienestar físico, mental y social estará interrelacionado con la actuación multidisciplinar que se realice sobre su estado de salud. En la valoración funcional debemos incluir su habilidad funcional (Escala de Barthei de realización de actos de la vida diaria) desde una perspectiva parcial y global, el grado de estabilidad psicofísica y su situación social y familiar.

La Escala de Barthei permite realizar una valoración adecuada de la capacidad funcional del anciano. El objetivo debe ser mejorar la calidad de vida del anciano, pero utilizando mecanismos de medida que nos permitan realizar un seguimiento objetivo del trabajo realizado.

El envejecimiento, por sí mismo, produce una pérdida de forma física. Un pro-

grama de ejercicio físico individualizado que incluya una tabla sencilla de gimnasia y un paseo diario es beneficioso. Produce un incremento en la fuerza muscular, mejora la movilidad articular y el equilibrio y aumenta la socialización. Su prescripción es recomendable, si no existen problemas de salud que lo contraindiquen.

Gran parte de los problemas de inmovilidad del anciano surgen tras ser dados de alta de una enfermedad aguda. El encarnamiento se prolonga y la capacidad funcional se resiente cada vez más. La aplicación de un sencillo programa de recuperación funcional debe ir encaminado a conseguir la capacidad funcional previa a la enfermedad. Este programa debe incluir, por fases, las horas que debe estar encamado y sentado, los paseos que debe realizar diariamente y con qué ayudas y los ejercicios de cinesiterapia activa y pasiva que debe realizar.

Las caídas producen una pérdida de confianza en sí mismo del anciano. Cuando el viejo tiene unas limitaciones funcionales en su deambulación, puede sufrir más fácilmente una caída, y si esto ocurre, es frecuente que se cree una situación de miedo a que se produzcan nuevas caídas, con mayor sensación de inseguridad y limitación progresiva de la movilidad. La eliminación de barreras arquitectónicas y la aplicación de otras medidas de seguridad (luces de situación, suelos antideslizantes, recorridos rutinarios y libres de obstáculos) evitan la producción de caídas y consiguientemente las consecuencias de las mismas.

La pérdida de visión y audición favorecen el aislamiento, los accidentes y caídas y la descompensación de depresiones. La revisión oftalmológica y la aplicación de las medidas terapéuticas más adecuadas a cada caso (lentes graduadas, extracción de cataratas, fotocoagulación con láser) es una necesidad en el anciano. La exploración del oído mediante técnicas sencillas (otoscopía, diapason) nos orientan sobre la causa de sordera (tapones) y sobre el tipo de hipoacusia y la posible utilidad de prótesis auditiva, tras realización de audiometría y consulta al otorrinolaringólogo.

En muchos casos la incontinencia de orina puede corregirse. La incontinencia de urgencia secundaria a inestabilidad vesical, es la causa más frecuente de incontinencia en el anciano. Por lo general la vejiga no se contrae antes de contener 150 ml de orina, por lo que un paciente cumplidor que acuda a orinar cada dos horas, durante el día, y cada cuatro horas du-

rante la noche, puede evitar la incontinencia urinaria. El auxiliar o familiar que le atiende debe procurar estimularle y ayudarle a cumplir este plan de micción. La utilización de absorbentes de orina es la última solución y debe restringirse su uso a pacientes con incontinencias irreversibles o con deterioro grave de sus funciones mentales.

Las secuelas físicas son la consecuencia de enfermedades discapacitantes como los accidentes vasculares-cerebrales, las fracturas de cadera, la enfermedad de Parkinson, las artropatías o las amputaciones. En todos los casos es necesario realizar un diagnóstico precoz, para realizar una indicación oportuna de terapia y rehabilitación, que debe ser individualizada y con unos objetivos funcionales que deben evaluarse periódicamente. La terapia rehabilitadora exige una coordinación y complementariedad terapéutica del área hospitalaria y del área de atención primaria o residencial.

Las secuelas psíquicas son las consecuencias de demencias o depresiones principalmente. Estados de agitación, agresividad, apatía, inhibición, aislamiento, etc., ocasionan una necesidad de intervención terapéutica desde tratamientos tan distintos como la terapia ocupacional, la utilización de neurolépticos o la asistencia a un Centro de Día.

IV. PREVENCIÓN CUATERNARIA

Una vez instaurada la discapacidad o la invalidez de manera estable, debemos prevenir la desadaptación social o familiar que puede sufrir el paciente.

Las barreras que dificultan la integración social del anciano pueden ser educativas, económicas, arquitectónicas o sociológicas. Estas barreras deben eliminarse de manera paulatina y deben plantearse unos objetivos de adaptación a medio y largo plazo. El anciano debe ser el protagonista de su ocio y no debe estar marginado económicamente. La mejora de pensiones y la utilización de sus recursos económicos en vida, debe permitirle una mayor holgura económica. Arquitectos y urbanistas deben conocer que caminamos hacia una sociedad envejecida, en la que gran parte de sus miembros precisan que no existan barreras arquitectónicas, para seguir valiéndose por sí mismos. El anciano es un miembro de igual rango social que otro; este hecho debe ser difundido y asumido por la sociedad en que vivimos.

Debe prestarse apoyo sanitario y social al enfermo y a su familia, para prevenir la desadaptación social y familiar. Medidas positivas a desarrollar en estos sentidos serían las siguientes: el desarrollo paulatino y progresivo de la atención domiciliaria, con un contenido social y sanitario, y en la que deben intervenir el trabajador domiciliario, la asistente social, la enfermera y el médico, los ingresos temporales en Residencias de ancianos (vacaciones, descanso familiar) son medidas de descarga familiar que favorecen la atención del anciano por su familia, el apoyo económico a las familias que tienen ancianos familiares a su cuidado, la promoción del voluntariado anciano y de la sociedad en general en el cuidado de los viejos, el servicio social sustitutorio con medidas de prestación que incluyan la atención directa o indirecta de ancianos, campañas de información y educación sanitaria sobre la

vejez y los viejos, desarrollar alternativas a la institucionalización permanente que permitan disponer de una oferta asistencial variada y suficiente e incluir la atención especializada en Geriátrica en la red de cuidados hospitalarios y extrahospitalarios.

En la atención preventiva del anciano, a todos los niveles, debe haber una intervención mixta de las instituciones sociales y sanitarias, así como de la familia, con el objeto de evitar enfermedades, minimizar sus consecuencias y facilitar la adaptación social del individuo. El objetivo principal debe ser mejorar la calidad de vida del anciano, vivir más años y vivirlos lo mejor posible.

Dr. Juan José Calvo Aguirre

Residencia Zorroaga
San Sebastián

BIBLIOGRAFIA

1. Krief B. El médico y la Tercera edad. Sociedad española de Geriátrica y Gerontología. Edit. Lab. Beecham. Madrid. 1986.
2. San Martín H. Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva. Edit. Masson. 1986.
3. Kennie D.C. Health maintenance of the elderly. Clin Geriatrics Med, 2:53, 1986.
4. Rubenstein L.Z. Geriatric assesment programs in the Unitet States. Clin Geriatrics Med, 99-111, 1986.
5. Garcia J.M. Medicina Preventiva. Medicina Interna en el paciente geriátrico. Edit. Samed 1:72-89, 1989.
6. Fries J.F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. N. Engl. J. Med. 303:130-134, 1980.
7. Williamson J. Aspectos preventivos de la medicina geriátrica. Principios y práctica de la medicina geriátrica. Edit. Jarpyo 1:157-165, 1988.
8. Gamber R. et al. ¿Qué se debe prevenir en Geriátrica? Modern Geriatrics 2:114-120, 1990.
9. Gisele W.K. Exámenes de rutina en el anciano. Modern Geriatrics 2:183-188, 1990.
10. Klingman E.W. Principios básicos para el médico de atención primaria en Geriátrica Preventiva. 5:9-16, 1993.