

# ENVEJECIMIENTO ACTIVO

## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es uno de los mas grandes triunfos de la humanidad , pero es también uno de sus mayores retos. A medida que entramos en el siglo XXI , el envejecimiento de la población supondrá un aumento de las demandas sociales y económicas en todos los países. Al mismo tiempo , las personas mayores proveen un precioso y a veces desconocido recurso que supone una importante contribución al estado socioeconómico de nuestras vidas

- **La revolución demográfica.**

- Los mayores de 60 años : alrededor de 60 millones en el año 2000 ; 1.2 billones en el año 2025 y 2 billones en el 2050.
- Cerca de dos tercios de la población mayor vive en los países en vías de desarrollo , en el año 2025 será un 75% , sobre todo en Asia.
- En el mundo desarrollado , los muy mayores (> de 80 años ) es el grupo de población que crece mas deprisa
- Las mujeres viven mas que los hombres en todas las sociedades ; consecuentemente entre los mas mayores el ratio de mujeres / hombres es 2:1

### **La discapacidad y la doble carga de la enfermedad**

- En los países en vías de desarrollo mientras continúan con la lucha contra las enf. Infecciosas , la malnutrición y la mortalidad infantil , a la vez se tienen que enfrentar con el

rápido crecimiento de las enf. Crónicas . Esta “ doble carga de enfermedad “ estira ya los escasos recursos hasta el límite.

- Esta tendencia aumentará en el próximo siglo. En 1995 , 51% del global de la carga de enfermedad en países desarrollados y de nueva industrialización era causada por las enf. Crónicas , los desórdenes mentales y los accidentes. En el año 2020 , la carga de estas enfermedades alcanzará aproximadamente el 70%
- En Ambos grupos de países , desarrollados y en vías de desarrollo , las enf. Crónicas son causa de discapacidad y reducen la calidad de vida
- Pero las discapacidades asociadas al envejecimiento pueden prevenirse o retrasarse. Por ejemplo en los últimos 20 años se ha observado una disminución significativa de las tasas de discapacidad en Estados Unidos, Inglaterra , Suecia y otros países desarrollados.
- Como la población en todo el mundo vive mas , son necesarias urgentemente políticas que ayuden a prevenir y reducir la carga de discapacidad en la vejez ,tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

### **El Umbral de discapacidad**

-El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida. La OMS ha desarrollado el marco conceptual que abarca la totalidad del Ciclo Vital para que se tenga en cuenta justamente eso. La capacidad funcional (por ejemplo la capacidad de ventilación, la

fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular) aumenta en la niñez y llega a su máximo en los adultos jóvenes, seguida con el tiempo de una disminución. La tasa de disminución, sin embargo, está determinada en gran parte por factores relacionados con el modo de vida en la edad adulta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el grado de actividad física y el régimen alimentario. La pendiente puede bajar de forma tan abrupta que el resultado puede ser una discapacidad prematura. Sin embargo, la aceleración de la disminución puede ser reversible a cualquier edad y puede verse influenciada a cualquier edad por medidas individuales y políticas. El abandono del hábito de fumar y pequeñas mejoras del estado físico, por ejemplo, reducen el riesgo de cardiopatía coronaria. El condicionamiento asociado a la clase social también influye en la capacidad funcional. Una educación deficiente, la pobreza y condiciones de vida y de trabajo nocivas hacen más probable la reducción de la capacidad funcional en fases posteriores de la vida.

### **El nuevo paradigma : La productividad de los mayores**

-Tradicionalmente la vejez se asociaba con enfermedades, dependencia y falta de productividad. Sin embargo, en la actualidad, la realidad no coincide con esta opinión. Con la edad, la mayoría de las personas se adaptan al cambio y se convierten en recursos potenciales para la comunidad. Contribuyen a través de actividades tanto remuneradas como voluntarias.

- La integración dentro de la familia y la comunidad, la independencia y la participación son beneficiosas para la salud y ayudan a reforzar la dignidad de las personas en todas las edades
- Hay que cambiar la idea tradicional de que aprender es el trabajo de los niños , trabajar es responsabilidad de los adultos y el retiro el destino de los mayores.El nuevo paradigma propone el desarrollo de programas que permitan el aprendizaje a cualquier edad y la posibilidad de entrar y salir del mercado laboral , diferentes veces a lo largo de la vida .

### **La feminización del envejecimiento**

- Las mujeres viven mas que los hombres en casi todas las áreas Del mundo. Pero a la vez que tienen la ventaja de la longevidad Están mas expuestas que los hombres a experiencias de violencia doméstica y discriminación en el acceso a la educación , alimentación, trabajo , servicios sanitarios y Sociales y la poder político. Esta acumulación de desventajas implica que las mujeres mayores son mas pobres y tienen mas discapacidades que los hombres.
- Las mujeres por otra parte contribuyen especialmente a la supervivencia y al bienestar de las familias , en detrimento de su propio cuidado.
- Son por tanto necesarios esfuerzos especiales para asegurar la Participación de las mujeres mayores en todas las iniciativas de desarrollo.

## 2. CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

### *La actividad es la clave de un buen envejecimiento*

Para la OMS, el envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas.

Además de continuar siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente participando en:

- actividades recreativas
- actividades con carácter voluntario o remuneradas
- actividades culturales y sociales
- actividades educativas
- vida diaria en familia y en la comunidad

Este término fue adoptado por la OMS a finales de 1990. El objetivo fue buscar un mensaje más amplio que el del “Envejecimiento Saludable” reconociendo el impacto de otros factores y sectores además del sistema sanitario. Intenta expresar la idea de la implicación continua en actividades productivas y trabajo significativo. Así la palabra “Activo” se refiere a una continua implicación social, económica, espiritual, cultural y cívica y no simplemente a la capacidad de permanecer físicamente activo. Mantener la independencia es el principal objetivo tanto para los individuos como para los políticos. La salud que posibilita la independencia es la llave o el medio para envejecer activamente.

El enfoque del “ Envejecimiento Activo “ está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas de independencia , participación , dignidad , cuidado y autorrealización

### **3.FACTORES DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.**

La salud y la productividad dependen de una variedad de factores o” determinantes “ que rodean a los individuos las familias y los estados .Estos son :

#### **1. Género y Cultura .**

Son los factores cruciales porque influyen en todos los demás. El género tiene un profundo efecto el estatus social , el acceso a la educación , el trabajo , la salud y la alimentación. Los valores culturales y las tradiciones ,determinan la visión que una determinada sociedad tiene de los mayores y su convivencia con las otras generaciones. También la cultura influye en los comportamientos en salud y personales.

#### **2. Los Sistemas Sanitario y Social.**

Para promover el “ Envejecimiento Activo “ , El Sistema sanitario necesita tener como objetivos : la promoción de la salud , la prevención de la enfermedad , el acceso equitativo a la Atención Primaria de Salud y a los cuidados de larga duración. Los servicios sociales y sanitarios deben ser , universales , equitativos , deben estar coordinados o integrados y con un coste-efectividad adecuado.

#### **3. Factores Económicos : Ingresos, Trabajo y Protección social.**

Es sabido que en muchos casos después de la jubilación disminuyen los ingresos de las personas mayores y sobre todo de las mujeres. Así las políticas de Envejecimiento Activo deben reducir la pobreza de este colectivo y procurar su implicación en

actividades que generen ingresos. Cada vez más se reconoce la necesidad de apoyar la activa y productiva contribución que hacen y deben hacer los mayores a través de su trabajo pagado o no y como voluntarios.

En la mayoría de los países las familias son las que proporcionan la mayoría de los cuidados a los ancianos dependientes. Todos los países deben desarrollar políticas de protección social dirigidas a los grandes dependientes que garanticen sus cuidados en cualquier situación y una calidad de vida digna.

#### **4. Factores del Entorno físico.**

Como son ciudades saludables , libres de barreras arquitectónicas y viviendas adaptadas que disminuyan los accidentes de tráfico y las caídas tan frecuentes en este grupo de edad , causantes de discapacidad y morbilidad.

#### **5. Factores Personales.**

Como son la biología , la genética y la adaptabilidad , poco modificables en la actualidad , pero las pérdidas pueden ser compensadas con las ganancias en sabiduría , conocimiento y experiencia .

#### **6. Factores Comportamentales.**

Uno de las falsa creencias en relación a la vejez es pensar que es demasiado tarde para adoptar estilos de vida saludables y que los ancianos no pueden cambiar de comportamiento . Por el contrario , realizar una actividad física adecuada y regular , comer saludablemente , dejar de fumar , no abusar del alcohol y los medicamentos , prevenir enfermedades y el declinar funcional, y prolongar la longevidad , mejor calidad de vida.

## **7. Factores del Ambiente Social .**

El soporte social , oportunidades en educación y aprendizaje durante toda la vida y protección frente al abuso y la violencia , son los factores clave del ambiente social que pueden mejorar la salud , la independencia y la productividad en la vejez.

# **4. EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO**

La atención a las personas mayores en Atención primaria supone ante todo como en otros grupos de edad el enfrentarse a un colectivo que no es homogéneo ni en sus necesidades de asistencia , ni en sus estados de salud y dependencia. Vamos a tener una gran variedad de situaciones y una gran diversidad. Por otra parte hay que tener en cuenta que si bien el papel de la atención primaria es fundamental en el mantenimiento y mejora de la salud de éste grupo de población , la salud es un medio, no un fin , es la llave que abre la puerta del envejecimiento activo y por tanto somos una parte de un conjunto de determinantes , sectores y políticas que deben complementarse y coordinarse para conseguir dicho objetivo .

A efectos de tratar de explicar la variedad de situaciones que nos encontramos en a.p. y poder delimitar las distintas actuaciones que llevamos a cabo podemos hablar de :

El **mayor sano**, como indica su nombre, no padece enfermedades ni problemática relevante funcional, mental o social. Constituye el grupo más numeroso, ya que parece darse un mantenimiento durante más tiempo del estado de salud (retraso en la pérdida de funcionalidad) a medida que aumenta la perspectiva de vida. Sobre él

habrá que realizar las **actividades preventivas y de promoción de la salud** que se recomiendan, atender los problemas que puede ir presentando (**demanda**), y mantener un estado de **alerta** hacia un posible deterioro (más intenso en caso de considerarlo un **mayor frágil**, que es aquél que por determinadas características o condiciones clínicas, mentales o sociales tiene mayor posibilidad de sufrir un deterioro probablemente progresivo que le lleve a una pérdida en su función, y a una mayor posibilidad de ingresos, institucionalización, o mortalidad). Aunque clásicamente se ha cribado y determinado al anciano frágil en base a unos criterios predeterminados, cada vez se realiza su cribado en las intervenciones de una manera más genérica según si tiene alteradas algunas de sus actividades básicas o sobretodo instrumentales; esto debiera constituir una de las áreas principales de investigación, ya que el cribado de ancianos frágiles, con la repercusión que tiene en términos de eficiencia y eficacia de las intervenciones, es aún un tema no resuelto.

El **mayor enfermo**, es el que presenta un proceso agudo o crónico, similar a los de otras edades, sin cumplir las características que definen al paciente geriátrico (estas son: en general de edad avanzada, con pluripatología, con progresiva incapacidad, a veces con deterioro mental, y no infrecuente déficit de soporte social). Para la **atención de los procesos del mayor enfermo** es fundamental una buena formación clínica, conociendo además las peculiaridades fisiopatológicas y de abordaje de esta edad.

Para la atención del **paciente discapacitado o geriátrico** es fundamental un **abordaje multidisciplinar** y a veces **intensivo y continuado**; la **familia**, como hemos comentado antes, constituye el núcleo de soporte y atención de los pacientes crónicos. Aquí tienen cabida en el cuidado de determinados y seleccionados pacientes los Equipos específicos de Soporte Domiciliario o Centros de Día. También adquieren relevancia los programas de **Atención Domiciliaria** por parte de los equipos de Atención Primaria,

máxime cuando una mayoría de estos enfermos va a permanecer en la Comunidad y tener como referencia de cuidado el Centro de Salud. Según la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999, un 32,2% de  $\geq 65$  años presenta algún grado de discapacidad siendo la principal causa de tipo osteoarticular seguida por las deficiencias sensoriales de la vista y del oído.

Hay dos aspectos a tener en cuenta, que en global parecen fundamentales para un correcto abordaje en esta edad:

- el empleo de la **Valoración Geriátrica Global** como herramienta de valoración e intervención
- una correcta instrucción y abordaje de los principales **síndromes geriátricos**.

## **1. ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LOS MAYORES**

Ahora la expectativa de vida después de los 65 años es de 18 años para las mujeres y de 14 años para los hombres, una cantidad considerable de tiempo para realizar cambios de comportamientos y percibir los beneficios en salud.

El aumento de la longevidad se acompaña de un aumento de la prevalencia de morbilidad sobre todo por enfermedades crónicas y por incapacidades. La mayor prevalencia de incapacidad como consecuencia de la enfermedad y la necesidad de mayor tiempo de recuperación del estado de salud basal justifica la necesidad de cuidados preventivos, progresivos y continuados. El objetivo de las actividades preventivas en este grupo de edad no es tanto el aumento de la expectativa de vida como el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional y cuando este se ha producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible. En 1959 la OMS afirmó: " La salud del anciano como mejor

se mide es en términos de función”, siendo la capacidad funcional un mejor indicador de salud que el estudio de prevalencia de las enfermedades. La valoración funcional, se considera prioritaria por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud, de la calidad de vida, un buen predictor de morbimortalidad y del consumo de recursos asistenciales. Aunque la edad mayor de 65 años constituye un elemento importante, resulta insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma. Así el término “ fragilidad” aparece como determinante fisiopatológico básico que se define como la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo que se produce con el envejecimiento influenciada por factores genéticos y acelerada por enfermedades agudas o crónicas, hábitos tóxicos, desuso, condicionantes sociales y asistenciales. La fragilidad comporta, a partir de un umbral determinado, una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad, un aumento del riesgo de desarrollar deterioro funcional con la consiguiente dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD) y en última instancia la muerte.

Dado lo heterogénea que es esta población se deberá decidir la realización de las actividades en función del beneficio individual, marcado no tanto por la edad del individuo sino por la expectativa de vida.

En esta población la prevención secundaria y la terciaria son más relevantes al ir enfocadas a la prevención de incapacidades.

La evidencia científica con estudios aleatorios en esta población es escasa. Muchas veces la implantación de estas actividades es más por la extrapolación de los resultados obtenidos en otros grupos de edad y por la efectividad obtenida en cuanto a mejoría funcional y de calidad de vida cuando se adoptan dichas medidas en estudios descriptivos. Algunas de las recomendaciones para los ancianos proceden de evidencias

indirectas de los programas de valoración geriátrica. Aunque los objetivos de la valoración geriátrica global (VGG) se extienden más allá de la prevención hay muchas similitudes conceptuales entre la VGG en el medio comunitario y los cuidados preventivos.

### 1.1. -ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN PRIMARIA

#### **TABACO**

El consumo de cigarrillos constituye uno de los principales riesgos para la salud del individuo y es la principal causa de morbilidad prematura y prevenible en cualquier país desarrollado. En España, la prevalencia del consumo de cigarrillos en 1993 fue del 36 %. Esta prevalencia es inferior al 38,1 % que se obtuvo en 1987, y similar a la observada en 1989.

Según la edad la frecuencia del consumo desciende en los grupos de edad más avanzada pasando en el grupo de > 65 años de un 15 % en 1987 a un 11 % en 1993 (E.N.S. 1993).

Todos los paneles de expertos (USPSTF, CTF, ACP, Zazove, PAPPS, etc.) recomiendan la detección del hábito tabaquico, su registro en la Hª Clínica con una periodicidad bianual según establece unicamente el PAPPS, y el consejo ó asesoramiento para el abandono del hábito, aprovechando cualquier consulta (continuado y activo). Además muchos de estos paneles recomiendan utilizar no sólo el consejo, sino otros métodos educativos combinados o tto. coadyugante, eso si, con precaución en este grupo de edad. Según la mayoría de los estudios es una

intervención claramente eficaz y supone poco esfuerzo para los profesionales de los E.A.P.

## **ALCOHOL**

El consumo de bebidas alcohólicas es uno de los principales determinantes del estilo de vida de la población española. Según la E.N.S. (1993) el 61 % de la población de 16 y más años declara consumir habitualmente alguna cantidad de alcohol. Un 55 % de esta población son bebedores ligeros ó moderados y un 4 % lo hacen de una forma alta ó excesiva.

Entre los mayores de 65 años un 60 % son abstemios, un 35 % bebedores ligeros ó moderados y un 2 % beben de una forma alta ó excesiva.

La tendencia del consumo excesivo ha disminuido claramente en los hombres desde 1980 a 1993 pasando de un 8 % en 1980 a un 5 % en 1993.

No existe una evidencia científica clara acerca de la detección precoz y posterior intervención sobre el consumo excesivo de alcohol, en las personas mayores, y las recomendaciones de los diferentes paneles de expertos son coincidentes en que la efectividad de la detección precoz y el consejo no esta clara todavía, pero dado el bajo esfuerzo y coste que supone, todos recomiendan algún tipo de intervención excepto el screening masivo.

Así el PAPPS recomienda una entrevista para conocer el hábito alcohólico a cualquier persona desde los 14 años, sin límite de edad superior, por lo menos cada dos años, y un consejo posterior sistemático y continuado, aprovechando cualquier visita, para conseguir un consumo moderado o la abstinión según el caso.

La Canadian Task Force, dice que es prudente detectar el hábito alcohólico, registrandole en la Hª Clínica y recomienda utilizar el test de "CAGE", el VCM y la GGT, la USPSTF, recomienda su registro en la Hª, y el consejo posterior para limitar su consumo, no conducir ni realizar actividades peligrosas bajo su efecto, y el tto. del abuso.

Zazove y otros, dicen que se necesiten más estudios par evaluar la efectividad de un test sencillo de screening en A.P. y si la detección precoz y el tto. del alcoholismo mejora la salud de los mayores.

Por último C. Patterson, Larry W. al igual que otros grupos recocomiendan el Case-finding y un breve consejo posterior para reducir el consumo excesivo de alcohol entre los mayores.

## **EJERCICIO FÍSICO**

Según la E.N.S. (1993) más de 50 % de la población entre 16 y más años declaraba no realizar ejercicio físico alguno ni durante la actividad principal ni en el tiempo libre. La frecuencia de sedentarismo aumenta claramente con la edad y así la proporción de mayores de 65 años que declaran pasar la mayor parte de su jornada sentados es de un 52 % y los que no realizan ejercicio físico durante el tiempo libre es de un 68 % .

El sedentarismo se ha asociado con una mayor mortalidad global por enfermedades cardiovasculares y por cancer. El aumento de la actividad física parece reducir la incidencia de las enfermedades coronarias, la HTA, la Diabetes Mellitus no insulino-dependiente, el cancer de colon, la depresión y la ansiedad.

El beneficio en la prevención de la osteoporosis en las mujeres postmenopáusicas estaría menos claro.

Los programas de ejercicio físico puede mejorar el bienestar físico, psíquico y la auto-estima en los ancianos y disminuir los niveles de colesterol. Mejoran la forma de enfrentarse a la vida y tienen efectos positivos en los cuidadores.

De cualquier forma no existen datos acerca de la posible influencia del consejo sanitario en el aumento de la actividad física entre los mayores.

Según los diversos paneles de expertos es una intervención de una efectividad no clara y los estudios que existen son casos control ó series temporales, pero no existe en la actualidad ningún estudio randomizado.

No obstante la recomendación sobre la necesidad de aumentar la actividad física se dá en todos los paneles y en concreto Patterson recomienda realizar ejercicio físico aeróbico, como por ejemplo, caminar 30-60 minutos al día, incluso en los ancianos frágiles. El PAPPS coincide y recomienda realizar también un ejercicio físico aeróbico durante más de 30 minutos, más de tres días en semana, y con una intensidad capaz de mantener las pulsaciones entre el 60 y el 85 % de la frecuencia cardiaca máxima teórica (220- Edad), o las pulsaciones según la edad.

La periodicidad en la detección del sedentarismo y de la recomendación según el PAPPS no debería exceder a los 2 años

## **NUTRICION**

No está claro, ni existen estudios acerca de si la malnutrición es prevalente en los ancianos, algunos estudios americanos hablan de una prevalencia de un 50 % que aumenta con la edad.

Las razones fundamentales de la malnutrición serían los problemas de dentición, la inmovilidad, las bajas pensiones, la disminución de la capacidad gustativa, vivir solo, y el alcoholismo en algunos casos.

No obstante no existen estudios rigurosos en personas mayores que demuestren que la intervención ó el consejo dietético en los ancianos asintomáticos sea efectivo, y los efectos, que un posible programa de tratamiento podría causar entre los cuidadores, todavía se desconocen.

Aun siendo una intervención de efectividad no clara todos los grupos de expertos (USPSTF, CTF, ACP y otros) recomiendan la detección del sobrepeso, ó del estado nutricional, y el consejo dietético, que en algunos casos como dice Patterson (23) debe enfocarse a disminuir la ingesta de grasas a un 30 %, aumentar la ingesta de fibra a 20 grs/día así como disminuir la ingesta de sodio y aumentar la de calcio a 1220 -1500 mgrs./día en las mujeres post-menopausicas. Zazove hace incapié en la detección de la Obesidad en los más jóvenes de los mayores y de la malnutrición en el grupo de los más viejos, y desaconseja sin embargo el consejo sistemático, por el posible impacto en los cuidadores, y sus costes económicos.

## **SALUD DENTAL**

El 15% de la población española de 16 y más años, ha ido en 1.993 al dentista, protésico o higienista dental para exámen, consejo o tratamiento de su dentadura o boca, en los tres meses anteriores a la entrevista, según la ENS (1993), en 1.987 esta proporción fue de un 14%.

Este porcentaje disminuye claramente a partir de los 65 años, siendo de un 8%,. Así mismo, en este grupo de edad los motivos de consulta son fundamentalmente extracciones y prótesis y en un mucho menor grado revisiones, limpiezas u obturaciones. Muchas personas mayores tienen sus dentaduras en mal estado, la enfermedad periodontal es muy frecuente y esto contribuye a las deficiencias nutricionales en esta edad, y a problemas de autoestima.

Solo algunos grupos de expertos recomiendan la intervención preventiva en el cuidado dental (USPSTF y ZAZOVE ). La efectividad de esta intervención no está clara todavía y se necesitan más estudios que demuestren que es más eficaz intervenir precozmente, que tratar el problema una vez que haya aparecido.

No obstante, al ser catalogado por Zazove como una intervención de bajo esfuerzo, se podría seguir las recomendaciones que se hacen para los adultos, es decir, exploración física bucodental y asesoramiento sobre cepillado diario correcto y visitas regulares al dentista, siendo conscientes de la dificultad de acceso a este servicio por motivos económicos.

## **VACUNACION ANTIGRIPAL**

Según la ENS (1993) un 49 % de los mayores de 64 años se vacunó de la gripe en la anterior campaña de vacunación antigripal. En 1993, la incidencia a nivel nacional de la gripe fue de 10.332 casos por 100.000 habitantes.

Al igual que en el caso del tabaco, todos los paneles de expertos (USPSTF, ACP, CTF, PAPPS, Zazove, etc.) recomiendan la vacunación antigripal anual masiva en los mayores de 65 años como estrategia de prevención primaria capaz de reducir la incidencia de la enfermedad y la mortalidad asociada a esta. Los programas ó

campañas de educación para la salud dirigidos a la población y a los profesionales sanitarios parecen aumentar la adhesión y el cumplimiento de la vacunación. Según los diversos estudios es una intervención claramente eficaz, cuya eficacia aumenta en el grupo de los más viejos y su periodicidad es anual.

## **VACUNACION ANTITETANICA**

El tétanos es una enfermedad poco frecuente en nuestro país, con una tasa anual en los últimos años inferior al 1 por 100.000, pero cuya mortalidad es de aproximadamente el 50 %.

Por otro lado la profilaxis post-exposición sigue creando problemas que se evitan en los pacientes bien vacunados.

La vacunación antitetánica sigue siendo en la actualidad la única universalmente indicada en adultos. A pesar de ello la cobertura alcanzada en nuestro país especialmente en mujeres y en ancianos sigue siendo muy baja.

Todos los paneles de expertos, reconocen la efectividad de la vacunación antitetánica y por lo tanto recomiendan la vacunación de toda la población adulta, sin límite de edad cada 10 años, tendiendo a conseguir la máxima cobertura poblacional.

No obstante la ACP, CTF, USPSTF, y otros recomiendan la vacuna antitetánica-antidiftérica, que con el fin de evitar los efectos adversos del toxoide que aumentan con la edad se emplea en los adultos a una dosis 8-10 veces menor que la de los niños. Pero no podemos recomendarla por no estar comercializada en España.

Como resumen la vacunación antitetánica es una intervención claramente eficaz, que representa bajo coste y esfuerzo, y hay que diseñar estrategias para conseguir una cobertura poblacional lo más amplia posible en la población anciana.

### **VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA**

La neumonía es una causa importante de muerte entre los ancianos. El neumócoco es el agente etiológico más frecuente de neumonías extra hospitalarias y meningitis en el adulto, siendo elevado el porcentaje de neumococos resistentes a penicilinas en España.

La vacuna antineumocócica es una medida que en los ancianos no ha demostrado todavía claramente su eficacia. Algunos paneles de expertos la recomiendan en mayores de 65 años como USPSTF (26), otros la recomiendan fundamentalmente en ancianos institucionalizados (PATTERSON) , y otros como el PAPPS , CTF (2 o ZAZOVE , no la recomiendan, y consideran que se necesitan más estudios de efectividad y coste-beneficio para su recomendación como vacunación masiva en mayores de 65 años.

Además, en España todavía no se puede adquirir o prescribir como las del tétanos o gripe, y solo en algunas comunidades autónomas se facilita a algunos Centros de Salud, pero para determinados grupos de riesgo.

## **1.2 ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA**

Las patologías que se van a tratar forman parte de los conocidos como síndromes geriátricos, y son: Las caídas, las demencias, las alteraciones sensoriales, la polimedicación, la incontinencia urinaria, y la malnutrición.

### **CAÍDAS**

Las caídas, por sus consecuencias, son uno de los grandes problemas de salud pública: por su frecuencia relacionada con el aumento en la esperanza de vida y por su alta mortalidad, por su asociación a la inmovilización, institucionalización prematura y pérdida de independencia por parte del paciente, sobre todo de aquellos que viven en la comunidad.

La caída de un anciano no es un hecho impredecible o inevitable debido al azar o al envejecimiento normal del individuo. En la mayoría de los casos es una inadaptación entre el anciano y su entorno de causa multifactorial

El conocimiento de los factores que predisponen y generan las caídas es fundamental para poder evitar y reducir su frecuencia y la gravedad de sus consecuencias.

### **Magnitud del problema**

La caída es el tipo de accidente más frecuente en los mayores de 65 años. Las complicaciones de las caídas son la principal causa de muerte por accidente de los mayores de 65 años.

Un tercio de los mayores de 65 años sufren una caída al año, con mayor frecuencia en las mujeres hasta los 75 años y luego se iguala por sexos. Este porcentaje aumenta hasta casi un 50% con la edad, en los ancianos frágiles y en residencias geriátricas; porcentajes que puede que sean mayores si tenemos en cuenta que el propio paciente no suele consultar por una caída si ésta no ha tenido consecuencias.

En un estudio realizado en atención primaria refieren una caída un 14% de >65 años en el último año, de los que el 41% tuvieron alguna consecuencia de lesiones físicas, y el 19% requirieron ingreso realizado en un centro de salud y en otro estudio en el que se incluyeron ancianos mayores de 80 años, presentaron caídas el 32%. A nivel hospitalario la proporción de caídas fue más significativa en mujeres que en hombres (62% versus 45%), originando ingreso hospitalario el 22,3% de los pacientes mayores.

En una encuesta, en atención primaria, las caídas no representaban un problema tan frecuente en las consultas médicas, ya que sólo las refieren el 9% de los mayores. Según la misma encuesta a nivel institucionalizado, la prevalencia de caídas es del 21,5%. En el estudio del IMSERSO, el 20,7% de los residentes habían sufrido una caída en el último año, el 36,4% de una a tres, y el 6,8% más de tres caídas. Un 65% no causaron lesión, precisando ingreso el 22% generalmente por fracturas.

En el 50 % de las caídas se producen lesiones leves, pero en al menos un 5% se producen lesiones graves sin fracturas y en otro 5% fracturas. El 90% de las fracturas de cadera y antebrazo a estas edades es por una caída. De los ancianos que se caen un 50 % tienen dificultad para levantarse, quedando un 10% de ellos tumbados en el suelo más de una hora. Aunque el daño físico sea leve, en ocasiones, la pérdida de confianza en su propia capacidad genera el síndrome de poscaída con pérdida de la independencia e incluso sobreprotección inadecuada.

### **Factores de riesgo**

Los factores identificados son extrínsecos o ambientales, e intrínsecos, entre los que se debe destacar: las enfermedades agudas o crónicas, el uso de fármacos, sobretodo sedantes y antihipertensivos, los cambios propios de la edad en relación a la bipedestación, la marcha, el equilibrio, los pies, la audición y la visión. Un 20% de las caídas están en relación directa con enfermedades agudas. La vivienda es el lugar en donde más frecuentemente suceden las caídas, destacando el dormitorio, el cuarto de baño y las escaleras.

### **Eficacia de las medidas preventivas**

La prevención de las caídas debe estar dirigida tanto a los factores extrínsecos e intrínsecos como a sus consecuencias.

Se ha intentado demostrar con muchos estudios un gran número de intervenciones que podrían ser útiles en la prevención de las caídas en el anciano. De las revisiones sistemáticas realizadas hasta ahora sobre la prevención de caídas los resultados obtenidos son escasos. Por ahora parece que: El ejercicio físico, sobre todo con entrenamiento para el equilibrio es eficaz para disminuir el riesgo de caídas asociado a otras intervenciones, pero queda por conocer con que intensidad, frecuencia y duración es efectivo. La valoración del riesgo individual, seguida de intervenciones múltiples sobre el entorno y el paciente son eficaces. Estas intervenciones aparentemente efectivas pueden que precisen ser reevaluadas en su aplicación en los distintos sistemas de salud. No parece existir por ahora demostración de la eficacia de ninguna medida de intervención aislada.

La efectividad mejora si se realiza sobre pacientes con alto riesgo de caídas o de lesiones por caídas o con caídas previas.

### **Recomendación Papps**

Consejo a los cuidadores y ancianos sobre la adopción de medidas para reducir el riesgo de caídas: la práctica de ejercicio físico particularmente el entrenamiento del equilibrio, la reducción de los peligros ambientales y la monitorización de la medicación. En ancianos con alto riesgo de caídas: mayores de 75 años, consumo de hipnóticos o de antihipertensivos, polimedicación, deterioro cognitivo, alteración de la marcha y del equilibrio se aconseja realizar una intervención multifactorial intensiva, individualizada y domiciliaria si hubiera recursos disponibles. En los que hayan sufrido una caída en los 3 últimos meses incluir la anamnesis sobre la caída previa y valorar la presencia de factores de riesgo relacionados con la caída.

### **DEMENCIA.**

Las demencias son un problema sociosanitario de gran impacto sobre la calidad de vida

de la población anciana y de sus familiares. A pesar de los progresos efectuados, la mejora básica de la calidad de vida de estos pacientes y sus familias se fundamenta en el diagnóstico correcto y en el tratamiento sintomático pero, sobre todo, en la información y el soporte profesional y humano. La demencia es una fuente de morbilidad e incapacidad funcional importante en los países desarrollados. El cuidado del paciente demente supone además una gran carga psicosocial.

### **Magnitud del problema**

Los datos sobre la prevalencia de demencia en el mundo occidental, varían desde el 3.5% hasta el 26%. Es mayor a medida que aumenta la edad y en personas institucionalizadas. En conjunto, en la población mayor de 65 años, la prevalencia es del 8%, y del 30% en los mayores de 85 años. La forma más frecuente es la enfermedad de Alzheimer(EA)(66%), seguida por las demencias vasculares(DV).

La incidencia global es del 0.08% para todas las edades y del 1% en los mayores de 65 años y aumenta con la edad. Se duplica cada 5 años pasando al 6-9 % en los mayores de 85 años. Respecto a la distribución por sexo, no parece haber diferencias en la incidencia global de demencia, pero en la EA es superior en edades avanzadas en mujeres mientras que los hombres presentan una incidencia superior de la demencia vascular a edades más tempranas.

En España, la prevalencia está en torno al 5-10% en los mayores de 65 años y la EA es la más frecuente(48%) En un estudio reciente se produjo una mortalidad anual del 4,8% para el conjunto de la población, que se elevó al 10,9% para los sujetos diagnosticados de demencia sobre una muestra comunitaria . Estos datos son parecidos a los obtenidos en estudios similares realizados en diversos países europeos.

### **Factores de riesgo**

Existen factores de riesgo bien establecidos para la EA: La edad, los antecedentes

familiares en relación con factores genéticos y el síndrome de Down y para la DV: la edad, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes, la cardiopatía isquémica, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la dislipemia, el hematocrito elevado y el ictus previo. La clave para entender la magnitud del problema de las demencias es el envejecimiento de la población, teniendo en cuenta que la edad es el principal factor de riesgo.

### **Cribado del déficit cognitivo**

El objetivo de las pruebas de cribado es identificar de forma precoz el déficit cognitivo para poder iniciar cuanto antes medidas terapéuticas.

Para valorar la función cognitiva existen distintos instrumentos psicométricos en forma de test. Ninguno de ellos diagnostica por sí solo una demencia y no pueden considerarse independientemente de la evaluación clínica. Se han descrito unos 50. Los más estudiados por su brevedad y por precisar poco tiempo en realizarlos son los : El Mini-Mental State Examination de Folstein ( MMSE) tiene una versión en castellano, validada por Lobo et al.:el Mini Examen Cognoscitivo ( MEC). Este y el Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer(SPMSQ) son de los más útiles en Atención Primaria. El test del reloj combinado con el MEC ha mostrado altos índices de sensibilidad y especificidad para la demencia .

El S-IQCODE ( Spanish-Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) o test del informador (TIN) es un test cognitivo-funcional que cumplimenta el familiar o una persona próxima. En el deterioro cognitivo leve, es el que tiene mejor sensibilidad y especificidad. La versión corta de 17 items se validó en España en 1995 <sup>8,9</sup>( Tabla 4). A la hora de detectar un deterioro mental establecido no existen diferencias entre los diferentes cuestionarios. La aplicación conjunta mejora la sensibilidad y la especificidad. De todos, el único capaz de detectar el deterioro cognitivo leve es el TIN.

Según distintos grupos de expertos ninguno de estos tests cumple criterios de validez para ser utilizados como instrumento de cribado de la demencia en la población general anciana . En cuanto a la EA, según las evidencias actuales, no se recomienda la determinación del genotipo ApoE4 como instrumento de cribado ni para predecir riesgo futuro en sujetos asintomáticos

### **Eficacia y efectividad de las intervenciones**

Del total de demencias sólo son potencialmente reversibles un 3%. Se ha demostrado la eficacia del tratamiento de la HTA, reduciendo la incidencia de demencia en un 50% .

Aunque se han publicado varios estudios controlados que demuestran que existen fármacos (antiinflamatorios no esteroideos, estrógenos, antioxidantes: vitE y selegilina y anticolinérgicos) que podrían disminuir la incidencia o enlentecer el deterioro cognitivo en los sujetos con EA no hay una evidencia suficiente de que puedan prevenir la EA por lo que no se puede recomendar su administración como tratamiento preventivo. Los anticolinesterásicos( tacrina, donezepilo, rivastigmina ´) han demostrado ser efectivos y eficaces para la EA mejorando levemente el rendimiento cognitivo y funcional y los trastornos conductuales y estarían indicados en los pacientes con deterioro mental leve-moderado.

### **Recomendación Papps**

No se recomienda la realización de pruebas de cribado en población asintomática pero si realizarlas ante la presencia de signos y de manifestaciones clínicas iniciales del proceso demencial.

## **ALTERACIONES SENSORIALES**

### **TRASTORNOS VISUALES**

Se define el déficit visual como la agudeza visual menor de 0.3 de la escala de Snellen

en el mejor ojo con la mejor corrección ó menor de 0.5 en cualquiera de los ojos

### **Magnitud del problema**

Se estima que entre el 20 y el 50% de las personas mayores de 65 años presentan algún defecto visual, causado principalmente por defectos de refracción, incluida la presbicia, cataratas, glaucoma, degeneración macular y retinopatía diabética. En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 1997, el 15% de los ancianos refieren problemas visuales. La prevalencia de cataratas aumenta con la edad hasta llegar al 100% en la década de los noventa años. Los defectos visuales aumentan el riesgo de caídas, fracturas, aislamiento, depresión, disminución de la capacidad funcional y de la calidad de vida. Después de las deficiencias osteoarticulares, junto con las deficiencias auditivas son las causas más frecuentes de discapacidad . En ocasiones, estos defectos son desconocidos por los médicos y los propios individuos

### **Pruebas de cribado.**

Las pruebas de cribado son: anamnesis ( preguntas acerca de la agudeza visual), optotipos de Snellen, tonometría y oftalmoscopio

El interrogatorio sobre los problemas visuales puede ayudar en la detección del déficit visual en los ancianos pero no es tan sensible y específico como la valoración directa de la agudeza visual. Aunque la sensibilidad para detectar una agudeza visual menor de 0.5 puede incrementarse hasta un 86% combinando puntuaciones de varias preguntas, parece preferible la valoración con optotipos de Snellen en condiciones estandarizadas.

El oftalmoscopio es útil para detectar la catarata, le evolución de la retinopatía diabética, la degeneración macular y el aplanamiento del disco óptico en el glaucoma. No existen datos sobre la validez en atención primaria de los optotipos ni del oftalmoscopio .

### **Efectividad de la intervención**

No hay estudios que hayan demostrado que el cribado de la agudeza visual mejore la calidad de vida o prevenga complicaciones. Actualmente existen tratamientos eficaces para la mayoría de los pacientes sintomáticos. La cirugía de las cataratas y la corrección de los errores de refracción mejoran la calidad de vida. Algunos casos de degeneración macular senil pueden beneficiarse de la fotocoagulación con láser y el tratamiento precoz del glaucoma<sup>1</sup> puede retrasar el deterioro visual. En la retinopatía diabética, algunos ensayos aleatorios han confirmado que la fotocoagulación mantiene la visión y reduce el riesgo de pérdidas visuales. Sin embargo, una revisión sistemática de los ensayos clínicos llevados a cabo en la comunidad sobre población anciana, que incluyen valoración de las dificultades visuales, concluye que se carece de evidencia de la efectividad del cribado de los problemas visuales, aunque no se pueda excluir un pequeño efecto beneficioso y considera que no estaría justificada la inclusión del cribado de defectos visuales en ancianos asintomáticos.

### **Recomendación Papps**

Realizar cribado rutinario en los mayores de 65 años de la agudeza visual con optotipos por la alta prevalencia de los defectos visuales en los ancianos y la existencia de tratamientos eficaces en algunas patologías y en caso de detectar anomalías, derivar al oftalmólogo. El interrogatorio sobre los déficits visuales puede ayudar en la detección de problemas visuales en los ancianos. Los ancianos mayores de 75 años son los que más se beneficiarían del cribado.

## **HIPOACUSIA**

### **Magnitud del problema**

La prevalencia de los problemas de audición aumenta con la edad. Aproximadamente el 30% de los ancianos entre 65 y 74 años y la mitad de los mayores de 85 años tienen pérdida auditiva. En la ENS de 1997, el 21,6% de los ancianos refiere problemas

auditivos. Es uno de los síntomas (junto con la incontinencia urinaria y los defectos visuales), que no se interrogan sistemáticamente en la historia clínica en los ancianos, lo que unido a la aceptación de la pérdida auditiva, como parte del envejecimiento normal, contribuye al infradiagnóstico del problema.

Los defectos auditivos se asocian a aislamiento social, pero no siempre se admite la asociación con depresión o deterioro cognitivo. Algún estudio ha encontrado relación con una mayor dependencia en las AVD y una peor salud subjetiva. La mejoría de la audición puede contribuir a mejorar estos problemas.

Las causas principales de sordera en los ancianos son la presbiacusia, los tapones de cera y los traumas acústicos .

### **Pruebas de cribado**

Existen varios tipos: anamnesis, test de susurro, test del cronómetro, audioscopio, cuestionarios de valoración de pérdida auditiva y audiometría

En la anamnesis se pregunta de forma directa sobre la dificultad en la audición o bien sobre esta dificultad en tres situaciones: hablando con un grupo de gente, viendo la televisión o hablando por teléfono. En el test del susurro: Se nombran seis palabras fuera del campo visual y se pide al individuo que las repita con el oído no explorado tapado. Se considera patológico si no puede repetir tres palabras. Presenta en muestras seleccionadas una sensibilidad del 80-100% y una especificidad del 82-90%. El test del cronómetro es el único validado en una muestra de ancianos en España, con una sensibilidad del 85 y 84% y una especificidad del 76 y 54% para el primer y segundo oído explorados.

La validez de otras pruebas como el uso de diapasones o el deslizamiento de dedos es poco conocida.

El cuestionario sobre discapacidades auditivas para las personas mayores incluye

preguntas sobre las repercusiones sociales y emocionales ocasionadas por la pérdida auditiva. Se ha utilizado para valorar la necesidad de audífonos y la mejoría de la sordera que con ellos se obtiene. No está validado en España.

Para algunos autores la efectividad del cribado es mayor en los sujetos mayores de 75 años, por una mayor prevalencia en este grupo de edad.

### **Eficacia de la intervención**

La hipoacusia debida a la presbiacusia como a los tapones de cera mejora con el tratamiento. Varios estudios de casos y controles y un ensayo aleatorio, han mostrado la mejoría de la calidad de vida y de la integración psicosocial en individuos con hipoacusia cuando se les proporcionan audífonos . De las personas con problemas auditivos sólo del 5-21% llevan audífonos por el coste y la incomodidad que supone su utilización

### **Recomendación Papps**

Se recomienda el cribado de la hipoacusia mediante la anamnesis sobre la dificultad auditiva, descartar la presencia de tapón de cerumen y remitir para completar estudio a las personas con problemas auditivos.

## **POLIMEDICACIÓN**

La problemática de la polimedicación viene determinada no sólo por el número elevado de medicamentos (más de 4) sino por la utilización inadecuada, por reacciones adversas o por interacciones medicamentosas . Algunos autores la consideran un predictor de mortalidad en las personas ancianas junto con la dependencia física y las enfermedades neoplásicas y cardiovasculares. Las personas ancianas constituyen un grupo de riesgo, por la edad, por presentar simultáneamente un mayor número de patologías crónicas y por la modificación de la farmacocinética y de la farmacodinamia. Las alteraciones

visuales y cognitivas se asocian a equivocaciones en el consumo .

### **Magnitud del problema**

Se considera un problema importante por su frecuencia y por el elevado gasto sanitario que supone. En la ENS de 1997 el 79.2% de los mayores de 65 años consumía fármacos de manera habitual. En España en 1995 el gasto de recetas de pensionistas fue más de 10 veces superior que el de la población activa.

Los factores que se han asociado a un elevado consumo de fármacos son: la presencia de 3 ó más enfermedades, la pobre salud autopercebida, la dependencia física, la edad superior a 75 años, la depresión y un elevado número de consultas a los servicios sanitarios.

Los fármacos implicados con mayor frecuencia son los empleados en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y en las del sistema nervioso central. Además estos fármacos son factores de riesgo para las caídas .

### **Eficacia y efectividad de la intervención**

Los métodos que han demostrado ser efectivos en disminuir la polifarmacia han sido: la formación de los médicos, contactos grupales o individuales con expertos en farmacoterapia, el uso de hojas de perfiles de prescripción, una legislación que impida la utilización de fármacos inapropiados y la educación de los pacientes .

Algunos ensayos clínicos desarrollados para evaluar diversas actividades preventivas, entre ellas cuantificar el número de fármacos, y estudios de valoración geriátrica, han puesto de manifiesto una disminución del consumo de fármacos en el grupo de intervención frente al control

### **Recomendación Papps**

Revisar de forma periódica y regular los fármacos (prescritos o no) y los regímenes terapéuticos en los ancianos, especialmente en los mayores de 75 años.

## **INCONTINENCIA URINARIA**

La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra en una cantidad o frecuencia suficiente para suponer un problema para el individuo o sus cuidadores, que condiciona un problema higiénico y/o social y que se puede demostrar objetivamente.

Afecta tanto a hombres como a mujeres siendo más frecuente en estas últimas(1:2). Puede aparecer a cualquier edad, aumentando su prevalencia y severidad a medida que aumenta la misma. A partir de los 40 años la incidencia va incrementándose, de forma que el grupo que la padece con mayor frecuencia son las personas mayores de 65 años. Aunque frecuente, en modo alguno debe afrontarse como parte del envejecimiento o como patología inevitable en el anciano de ambos sexos

Constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes y sin embargo más olvidado, a pesar de sus repercusiones médicas, psicológicas, sociales y económicas. Suele ser un problema infrarreferido por los pacientes( aproximadamente un tercio de los ancianos incontinentes consultan por este problema)e infradiagnosticado por los médicos.

### **Magnitud del problema**

La prevalencia es difícil de estimar por la reticencia de las personas a admitir que sufren IU y porque es diferente en función del tipo de población estudiada, ámbito y tipo de IU. En mayores de 65 años la prevalencia se sitúa sobre el 15% con pérdidas de orina de forma regular, si se incluyen las pérdidas transitorias puede llegar hasta el 36% en población comunitaria , hasta el 62% en institucionalizados y el 75% en personas con deterioro mental severo. En una encuesta dónde se valoran las patologías más frecuentes, la IU estaba en el puesto 7 de importancia, entre los 10 más frecuentes en consulta, con una frecuencia del 29,7%. En estudios realizados en el ámbito de la

atención primaria en mayores de 65 años, la prevalencia se sitúa en el 15,5%, de los que el 34,3% no habían consultado nunca, y usaban absorbentes el 20,2%. En otro estudio la prevalencia va desde el 31,7% a los 60 años hasta el 53,3% en mayores de 80 años.

En el estudio realizado por el INSERSO en residencias, publicado en 1998, la IU ocupaba el primer lugar con una prevalencia del 39,2%.

En el medio hospitalario la prevalencia puede ser de hasta un 30-40% en pacientes ingresados por un proceso agudo

En las valoraciones realizadas, el uso de absorbentes se sitúa entre el 8 y el 20% de las personas afectas, y en determinados estudios sobre ancianos comunitarios este porcentaje sube hasta el 63%. En España, el gasto por absorbentes, en 1996 representó el 3, 2% del total de la prestación farmacéutica, y en 1997 hubo un coste de 25000 millones de pesetas.

### **Factores de riesgo**

Se tiene evidencia de varios factores de riesgo que intervienen en la IU y de que la intervención en ellos es efectiva para la desaparición o mejoría de la IU .

### **Efectividad y eficacia de las intervenciones**

La efectividad de la detección de la incontinencia urinaria, según la evidencia científica, es considerable, y es en la atención primaria (AP) donde mejor puede llevarse a cabo. En razón de la alta prevalencia, el hecho de que aumente con la edad y la disponibilidad de tratamiento, incluso en ancianos frágiles, hace que se incluya en los programas de valoración del anciano. Es probablemente más efectivo en los mayores de 75 años y se considera una intervención de bajo esfuerzo.

En la actualidad están pendientes de validarse unos cuestionarios que evalúan el impacto de la IU sobre la calidad de vida . En AP donde se carece de la posibilidad de realizar pruebas de urodinamia se puede emplear un cuestionario (IU-4

autoadministrado, que puede constituir una buena herramienta orientativa en la clasificación de la IU . Existe una razonable evidencia para el estudio y el tratamiento de la IU en AP. En el abordaje de la IU se debe incluir la identificación de los factores de riesgo, la clasificación según el tipo de IU, la realización de una exploración física y la solicitud de las exploraciones complementarias que permitan detectar causas reversibles, iniciar tratamiento y derivar al especialista si fuera oportuno.

El establecimiento de un tratamiento por parte de los profesionales de AP tiene un aceptable soporte científico y se basa fundamentalmente en medidas de modificación del comportamiento como es el caso de la reeducación vesical y la rehabilitación de los músculos del suelo pelviano, así como en el empleo de fármacos . Existe evidencia de que lo primero que se debe recomendar en el tratamiento de la IU es el tratamiento conservador no farmacológico y esta evidencia es fuerte con los programas de ejercicios de la musculatura pélvica ya que son efectivas en la reducción de los síntomas. Estos resultados son mejores en la IU de personas más jóvenes y en la IU de poca intensidad ya que se requiere un alto grado de motivación y tiempo de seguimiento.

### **Recomendación Papps**

Se recomienda el interrogatorio sobre la presencia de pérdidas de orina para la detección de IU, especialmente en los mayores de 75 años, así como el estudio básico de la IU.

## **VALORACIÓN GERIÁTRICA GLOBAL (VGG) EN ATENCIÓN PRIMARIA**

La VGG es un proceso diagnóstico estructurado (con unas instrucciones de uso), dinámico (continuado en el tiempo), multidimensional ( distintos aspectos), y multidisciplinar (varios profesionales implicados) que permite identificar las capacidades, problemas y necesidades de los ancianos. Constituye una herramienta que integra fundamentalmente actividades de prevención terciaria, y también actividades de promoción y prevención primaria y secundaria recomendadas

en este sector de población. Está orientada básicamente al mantenimiento de la funcionalidad y/o retraso o enlentecimiento en su pérdida. Debe acompañarse de un plan racional e integrado de tratamiento y seguimiento. También se conoce con los términos de valoración comprensiva, multidimensional o exhaustiva.

Los aspectos más representativos que la componen son cuatro:

1. Valoración clínico-física. Incluye una recopilación de los problemas médicos relevantes y medicación consumida, las actividades de promoción y prevención recomendadas en esta población (inmunización, nutrición, hábitos tóxicos, evaluación sensorial, presión arterial) y a veces la valoración de la autopercepción de salud.
2. Valoración funcional de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. El deterioro funcional puede ser resultado de una alteración física, mental, o socioambiental. La valoración de la capacidad funcional puede llevarse a cabo mediante la observación del paciente en la consulta o domicilio, interrogando de manera dirigida al paciente y/o familia, o usando cuestionarios estructurados.
3. Valoración mental: cognitiva y afectiva.
4. Valoración social: recoge principalmente la interacción con los recursos sociales (cuidador, convivencia, asistencia “reglada”, relaciones y actividad social) y con el entorno (barreras arquitectónicas, seguridad en el domicilio). La escala OARS es de las más utilizadas para esta valoración.

### **Efectividad de la valoración geriátrica en la comunidad**

Existen diferencias metodológicas entre los estudios (criterios de selección los ancianos, profesionales implicados, intensidad y contenido de las intervenciones, seguimiento y control del cumplimiento) que a la vez que definen diversas estrategias de aplicación de la VGG, dificultan la

comparación de sus resultados. Pero tal vez sean las diferencias sanitarias en los diferentes países lo que juegue un papel más relevante al comparar resultados y efectividad de las intervenciones.

En general, los resultados parecen demostrar un aumento de la supervivencia ,disminución de las admisiones y estancia media hospitalarias y en sus urgencia, de la institucionalización definitiva , mejor funcionalidad y retraso de la incapacidad, satisfacción con la intervención, disminución de los costes económicos globales o beneficio coste-efectividad . Algunos estudios refieren resultados más específicos, según su contenido, como son aumento en la cobertura de inmunizaciones , y disminución en el consumo de medicamentos, de caídas , o en la percepción de sobrecarga por parte de los cuidadores . En contraposición parece haber un incremento en la utilización de consultas de atención primaria, y recursos sociales y domiciliarios.

### **Recomendación Papps**

Aunque parece haber efectos beneficiosos, todavía no existe suficiente evidencia para recomendar la aplicación sistemática de la VGG en nuestro medio a la población general anciana o a un subgrupo predefinido de la misma.

En la medida de lo posible debemos priorizar su utilización en los ancianos frágiles. Parecen beneficiarse más los mayores de 75 años, aquellos con incapacidades leves o moderadas (sobretudo recientes y con razonable posibilidad de reversión), y los que tienen un mal soporte social.

En la actualidad, su aplicación debe individualizarse, en base a la finalidad y tipo de pacientes en quienes la aplicamos.

Es conveniente aplicar estrategias de seguimiento y de cumplimiento de las medidas terapéuticas y planes desencadenados.

En la **Tabla 1** se puede ver un resumen de las Actividades preventivas y de Promoción de la salud recomendadas por el PAPPS en Atención Primaria.

**Tabla 1****Actividades de promoción de la salud y prevención en la población mayor****MAYORES DE 65 AÑOS****Promoción de la salud**

Tabaco: detección y consejo para cese.

Alcohol: detección y consejo para cese.

Ejercicio físico: consejo de su práctica regular.

Nutrición: valoración en grupos de riesgo y consejo. Medición periódica de peso y tener su talla.

Vacunación antigripal.

Vacunación antitetánica-diftérica.

Vacunación antineumocócica.

Osteoporosis: ingestión de 800-1500 mg de calcio al día.

**Cribado y actividades de prevención terciaria**

HTA: medición. Si  $>140/90$ , incluir en programas de control y seguimiento.

Hipercolesterolemia: determinación hasta los 75 años.

Cáncer de mama: mamografía periódica hasta 70-75 años.

Cáncer de cérvix: si no citologías previas, dos citologías con intervalo anual.

Hipoacusia: cribado mediante interrogatorio o audioscopio, derivando si hay alteraciones.

**MAYORES DE 75 AÑOS**

Déficit visual: cribado con métodos sencillos (optotipos o anamnesis), y derivar al oftalmólogo si hay alteración.

Caídas: medidas para reducir el riesgo, e intervención multifactorial individualizada y en domicilio en los que se han caído recientemente.

Demencia: permanecer alerta ante datos de posible deterioro cognitivo o funcional.

Polifarmacia: revisión periódica y regular de fármacos.

Incontinencia urinaria: interrogatorio para su detección y estudio básico en los casos

## **2. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS MAYORES**

La OMS dice que la Promoción de la Salud (PS), se ha convertido en elemento común para aquellos que admiten la necesidad de un cambio en nuestro modo de vida y en nuestro hábitos, incrementando el control sobre los determinantes de la salud, con la finalidad de mejorar nuestro estado de salud.

Así mismo, el Glosario de PS, de 1998, la define como:

Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

### ***Principios de la Promoción de la Salud.***

Implica a la población en su conjunto más que centrarse en las personas en riesgo de enfermedad específica. Requiere acceso pleno y continuado a la información sobre la salud. Se centra en la comunidad local. Resalta la dimensión positiva de la salud.

Se orienta hacia medidas que modifiquen las causas o factores que determinan la salud.

Requiere intersectorialidad. Equilibra el interés por el individuo y por el medio.

Combina métodos y enfoques distintos pero complementarios: información y comunicación; EpS; medidas políticas, económicas y reguladoras, técnico-administrativas; acción comunitaria.

Trabaja con la gente y no sobre la gente. Pretende esencialmente una participación pública eficaz y concreta.

Es básicamente una actividad de los ámbitos sanitario y social y no un servicio médico. Sin embargo, los profesionales de la salud, particularmente los de Atención Primaria, tienen un importante papel en fomentar y hacer posible la PS.

### ***Métodos de la PS.***

Los requisitos básicos son el trabajo multidisciplinar, la colaboración intersectorial y la participación activa de la población.

- Método de la Información / Comunicación. Son las actuaciones tendentes a proporcionar a la gente información accesible y adecuada y promover procesos de comunicación que posibiliten el diálogo e intercambio de ideas entre individuos y grupos. Existen diferentes clasificaciones de sus métodos, técnicas e instrumentos. Cabe destacar los Medios de Comunicación Social (MCS), televisión, radio, periódicos, etc., con el papel en PS de: ofrecer información respecto de la salud; posibilitar la participación de la comunidad; concienciación a través de la creación de un clima social favorable a la salud; actuar como palanca para la acción; combinación con otros métodos.
- Método de medidas políticas, económicas, reguladores y técnico – administrativas. Constituyen un conjunto de actuaciones dirigidas a conseguir un medio ambiente que promueva la salud y a ampliar las opciones de salud de las personas, grupos y comunidades, tanto desde el sector sanitario como desde aquellos otros que afectan a la salud: agricultura, educación, transporte, obras públicas.
- Método de Acción Comunitaria. Referido a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de salud y en consecuencia para mejorar la salud. Los individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. (OMS.1997)

- Método de Educación para la Salud. Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la educación sobre salud, incluido el conocimiento de la población en relación a las habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

## **LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS MAYORES : ASPECTOS METODOLÓGICOS DIFERENCIALES.**

Se ha demostrado que las personas mayores son especialmente receptivos a los consejos sanitarios de sus médicos, con el fin de reducir el riesgo y mantener niveles óptimos de independencia funcional. Por ello hay que desterrar el mito de la no capacidad de cambio y de aprendizaje de los mayores.

No obstante a la hora de realizar actividades de promoción de la salud , hay que tener en cuenta una serie de principios metodológicos :

- Confiar en su capacidad para mejorar sus hábitos.
- Valorar su experiencia y su saber.
- Aprovechar su interés por el mantenimiento de su salud
- Aprovechar su mayor tiempo libre
- Utilizar un lenguaje claro y respetuoso
- Utilizar medios que favorezcan la comprensión y el recuerdo
- Adaptarse a su capacidad física , mental y sensorial

Los programas de promoción de la salud para la población anciana tienen la capacidad potencial de mejorar la salud de este colectivo y disminuir los costes de los cuidados sanitarios. Por eso los programas de promoción de la salud en ancianos

deberían tener un atractivo especial puesto que suponen mayores beneficios potenciales para el Sistema Nacional de Salud por su reducción en los cuidados y los costes sanitarios.

No obstante y aunque las actividades preventivas antes descritas , son aquellas donde existen estudios de investigación randomizados , series temporales o casos y controles, en general, no hay que olvidar otros estudios ó intervenciones en el campo de la Promoción de la Salud, que si bien solo en algunos casos son estudios aleatorizados, y en general son estudios descriptivos o ensayos comunitarios, han demostrado una mejora de la autoestima y de la autonomía así como de la satisfacción con la vida en determinados grupos de ancianos. Esto nos sugeriría que la intervención psico-social con los ancianos y cuidadores a través de actividades de Educación para la Salud grupales, la formación de Grupos de Ayuda Mutua ó la realización de actividades de voluntariado puede tener grandes beneficios en la mejora de la calidad de vida de los mayores y en ese sentido habría que investigar más, y potenciar actividades grupales con estos colectivos por el beneficio que tiene el grupo en si mismo, en unas personas que sufren fundamentalmente de aislamiento y soledad. Se deberían ensayar fórmulas sencillas y económicas de educación para la salud a través de los propios ancianos, voluntarios, etc....

## **5. CONCLUSIONES**

Aquí se ha tratado de explicar la aportación del sistema sanitario y en concreto la Atención Primaria de Salud , como factores determinantes del “ Envejecimiento Activo” a la consecución del mismo.

No obstante por la complejidad , novedad y la multifactorialidad del concepto , es obvio que para su logro necesita el desarrollo de políticas intersectoriales , con acciones concretas en los tres pilares básicos que son :

- ❖ La salud y la independencia.
- ❖ La productividad de los mayores
- ❖ La protección social

## **6.BIBLIOGRAFÍA.**

(1). Health And Ageing: A Discussion Paper. WHO. Departamento de Promoción de la salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Contagiosas.2001

(2) R. Fernández – Ballesteros “ Vejez con éxito o vejez competente “ Rev. Esp de Intervención Psico- social “

(3) J. Javier Yanguas , F. Javier Leturia. “Intervención Psicosocial en Gerontología : Manual Práctico “  
Ed. Caritas Española . Madrid , 1998.

(4) Atención al anciano. Grupo de trabajo de Atención al Anciano de la semFYC. Ediciones Eurobook, SL. Madrid, 1997.

(5) De Alba C, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín Lesende I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. Actualización 2001 PAPPS. Aten Primaria 2001; 28 (suplemento 2): 161-180.

(6) SemFYC. Programas Básicos de Salud. Programa del Anciano. Valoración Geriátrica (nº 7). Ed Doyma SL. Madrid, 2000.

**PILAR REGATO PAJARES**

**NOVIEMBRE 2001-11-13**

**ENCUENTRO DE LA RED DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**

**IMSERSO. MADRID**



### **3. RETOS FUTUROS**