

# MEDICINA PREVENTIVA EN EL ANCIANO

---

**Enrique Arriola Manchola**

## INDICE

### I.- INTRODUCCION

### II.- NIVEL PRIMARIO DE PREVENCIÓN

- 1.- Alimentación.
- 2.- Abandono de hábitos tóxicos.
- 3.- Promoción de hábitos higiénicos.
- 4.- Programación de ejercicio físico.
- 5.- Entrenamiento y promoción de funciones intelectuales.
- 6.- Promoción de integración social. Evitar la soledad y el aislamiento.
- 7.- Evitar el sedentarismo-inmovilidad.
- 8.- Organización del medio ambiente.
- 9.- Informar a los pacientes de los efectos secundarios de los fármacos.
- 10.- Protección específica:
  - a/ Quimioprofilaxis.
  - b/ Inmunización pasiva.
  - c/ Inmunización activa.
- 12.- Prevención de osteoporosis.
- 13.- Prevención del infarto agudo de miocardio y del accidente cerebrovascular con aspirina (AAS).
- 14.- Prevención de caries y placas periodontales.
- 15.- Prevención de accidentes de tráfico.
- 16.- Prevención de la obesidad.
- 17.- Prevención de deterioro cognitivo.
- 18.- Prevención de la demencia vascular.
- 19.- Prevención de fenómenos degenerativos articulares.
- 20.- Prevención de la malnutrición en el anciano.

- 21.- Prevención de las úlceras por decúbito.
- 22.- Prevención de la trombosis venosa profunda(TVP).
- 23.- Prevención de la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos(AINE).
- 24.- Prevención de la enfermedad de Alzheimer con reemplazamiento estrogénico en la menopausia.
- 25.- Anticoagulación en la fibrilación auricular (FA) para prevenir embolismos cerebrales-sistémicos.
- 26.- Terapia hormonal sustitutiva (THS) en mujeres mayores para prevención de enfermedades cardiovasculares.
- 27.- Prevención del cáncer colorectal con aspirina (AAS).
- 28.- Preparación y adaptación a la vejez.

### III.- NIVEL SECUNDARIO DE PREVENCIÓN

- 1.- Reconocimiento de salud.
  - A/ Historia Clínica.
  - B/ Valoración Funcional, Psíquica y Social.
  - C/ Estudios Complementarios.
- 2.- Evitar la iatrogenia y la automedicación.
- 3.- Periodicidad de reconocimientos.
  - A/ Historia y exploración clínica completa.
  - B/ Presión arterial.
  - C/ Colesterol sérico y glucemia.
  - D/ Mantoux.
  - E/ Prevención del cáncer:
    - \* Cáncer de mama.
    - \* Cáncer de recto y próstata.
      - \* Cáncer de recto-colon.
    - \* Cáncer de pulmón.
    - \* Cáncer de cérvix.
    - \* Cáncer en piel y mucosa oral.
  - F/ Control de órganos de los sentidos:
    - \* Revisión oftalmológica.
    - \* Revisión ORL.
  - G/ Revisión odontológica.
  - H/ Diagnóstico precoz de otras enfermedades:
    - \* Osteoporosis.
    - \* Depresión.

\* Uso de inhibidores del enzima de conversión de angiotensina (IECA) en la insuficiencia cardiaca(IC) clínica y subclínica.

\* Colectomía profiláctica en coledocistitis. asintomática.

I/ Otras connotaciones y riesgos:

\* Respeto al principio de autonomía del paciente.

\* Detección precoz del abuso-malos tratos o negligencia-abandono en el anciano.

\* Situación de los cuidadores.

\* Intervenciones a domicilio.

4.- Instauración de tratamiento médico.

5.- Asistencia podológica.

6.- Conexión fluida, preferencial y coordinada con el hospital de referencia.

#### **IV.- NIVEL TERCIARIO DE PREVENCIÓN**

1.- Atención psicogerítrica.

2.- Rehabilitación:

- Terapia ocupacional.

- Rehabilitación menor y de mantenimiento.

4.- Prevención de las consecuencias de las caídas.

5.- Adaptación arquitectónica del ambiente en el anciano con discapacidades.

6.- Ingreso hospitalario en el lugar adecuado.

#### **V.- REFLEXIONES**

#### **VI.- BIBLIOGRAFÍA**

## MEDICINA PREVENTIVA EN EL ANCIANO (1,2)

"No corras detrás de la inmortalidad pero agota los límites de lo posible" PÍNDARO

"Para alargar la vida lo mejor es no acortarla"  
REUBNER

### I.- INTRODUCCIÓN - NUNCA ES TARDE PARA EMPEZAR

Entre el 95-96% de los mayores de 65 años de nuestro país viven en sus domicilios, lo que es razón suficiente para que sea la Asistencia Primaria la protagonista de su atención.

Aún en el anciano, es esencial pensar en términos de prevención, tanto primaria, como especialmente con respecto a detección precoz de enfermedades ó incapacidades en búsqueda del retraso de los fenómenos acompañantes del envejecimiento, en el intento de reversión de la incapacidad con una rehabilitación eficaz(3), en el mantenimiento del anciano en su hogar mientras sea posible y en la consecución de niveles funcionales altos.

Hay que recordar aquí que los ancianos han sido excluidos hasta fechas recientes de forma sistemática de todos los estudios de promoción de salud y prevención de enfermedades (227).

Las necesidades y las características físicas del anciano hacen necesario elaborar planes específicos para este grupo de población.

La prevención en el anciano no debe medirse en el aumento de esperanza de vida ni en los años de vida potencial perdidos(4) (estima el tiempo que viviría una persona si no muriera prematuramente) que se trata de una medida que se utiliza para cuantificar las pérdidas sociales y económicas de una muerte prematura. Puede tener su utilidad en personas jóvenes aunque en el anciano creemos más útil

y más acorde con los objetivos en este grupo de población la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI)(5), así en 1986, el EVLI en España era de 60,8 años para varones y de 62,6 años en hembras. Comparando este dato con la esperanza de vida, la expectativa de vida con algún grado de incapacidad era de 12,4 años en varones y de 17,1 años en hembras. Es decir las mujeres viven más años pero a expensas de vivir más años con incapacidad ("vivir más, pero a costa de pasarlo peor"). En estos momentos estamos viviendo una situación de "longevidad minusválida".(197)

La salud, la longevidad y la calidad de vida dependen de:

- a/ Las características biológicas.
- b/ El estilo de vida.
- c/ Del contexto ambiental donde se vive.
- d/ Del sistema sanitario (calidad de atención).

De todas ellas la más importante es el estilo de vida seguida por el contexto ambiental. Es decir que la mayor parte de las causas de mortalidad prematura y de incapacidad son prevenibles, dado que se trata de los factores modificables más importantes ligados a la salud y a la enfermedad. Esta es la forma de comprimir la morbilidad de forma más significativa.

Se conocen una serie de prácticas asociadas significativamente con prevalencia de enfermedad: fumar, consumo excesivo de alcohol, falta de ejercicio, horas de sueño y obesidad. Por lo tanto dependemos más de lo que hagamos o dejemos de hacer que de otros factores(6).

Los objetivos de la medicina preventiva no deben objetivarse solo con la tasa de mortalidad infantil ó la esperanza de vida, ya que no tienen sensibilidad por sí solos para indicar el grado de salud , siendo en estos momentos el EVLI como expresión de morbilidad el factor más interesante , siendo la ampliación de la EVLI un objetivo de la medicina preventiva. Aunque el concepto de "años de vida saludable" en estos momentos es el objetivo último de la medicina preventiva en el anciano y ya en estos momentos se está hablando de "expectativa de vida ajustada por calidad".

El concepto de calidad nace como reacción antropológica a la anterior concepción de la vida como cantidad, en un principio se equiparó con "nivel de vida", pero en la actualidad ha evolucionado hacia una perspectiva psicosocial en la que los aspectos subjetivos del bienestar, o sea la satisfacción personal con la vida adquiere una relevancia especial. La calidad de vida incluye las dimensiones de salud física, estado psicológico, nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno.

La calidad de vida no es equivalente a estado de salud, bienestar o satisfacción con la vida, sino que es un concepto multidimensional que incluye la percepción subjetiva del individuo sobre éstos y otros aspectos de la vida. Pero no solo se trata de algo subjetivo, de un sentimiento o experiencia personal relacionada con la salud sino intensamente conectada con otros aspectos no médicos: los ingresos económicos, las relaciones familiares, la libertad, el empleo y otras circunstancias de la vida (222) entre las que es imprescindible incluir los derechos humanos(229).

El objetivo no es sólo vivir más años, sino vivir una vida que merezca la pena ser vivida, con capacidad para hacer las cosas que uno quiere realizar, cumpliendo adecuadamente y disfrutando de sus facetas individuales, familiares y sociales. Vivir demasiado conlleva en demasiadas ocasiones que los últimos años se acompañen de incapacidad y sufrimientos (concepto del "fracaso del éxito").

El fin, es el "envejecimiento con éxito" entendiéndose por este el alcanzar edades avanzadas cumpliendo parámetros biológicos aceptados para cada tiempo de vida y conservando intacta una gratificante relación funcional, mental y social con el medio, con un sentimiento de bienestar tanto físico como psíquico y a sensación de buena salud a pesar de la existencia de una o varias enfermedades tratadas o bloqueadas en su evolución.

Entre las personas mayores con un envejecimiento satisfactorio, la mayoría de ellas cumplen muchas de las siguientes premisas (204-208):

- 1.- Aquellos que hacen deporte o tienen una actividad física se encuentran mejor que aquellos que no la hacen y mantienen buenos niveles de marcha y equilibrio.
- 2.- La mayoría de los que se encuentran bien, tienen una afición que los mantiene físicamente activos.
- 3.- Mantienen un control sobre su vida a pesar de su edad, hacen planes precisos para el futuro y tienen un buen nivel de autonomía.
- 4.- Tienen una actitud positiva frente a la vida. Son optimistas. La ausencia de depresión se correlaciona con el envejecimiento satisfactorio.
- 5.- La mejor manera de encontrarse bien cuando se es un anciano es no sentirse viejo.
- 6.- Se interesan por los asuntos públicos y participan socialmente (voluntariado).

7.- El hecho de estar casado no se ha correlacionado estadísticamente con el envejecimiento exitoso.

8.- Su nivel sociocultural, en general; es superior a la media nacional.

9.- El equilibrio ponderal es satisfactorio, fuman y beben menos, son normotensos y tiene menos patologías crónicas en relación a otras personas mayores.

## CAUSAS DE MORTALIDAD

- Enf cardiovasculares 41'3%

- Cáncer 21'3%

La reducción de la mortalidad en la población anciana va a conducir (de hecho lo está haciendo) a que aumente la expresión de trastornos que hasta ahora se observaban de forma infrecuente como la demencia, el fracaso multiorgánico y la reaparición de enfermedades infecciosas al debilitarse los mecanismos homeostáticos de mantenimiento. Es preciso atacar enérgicamente los orígenes de los trastornos asociados a la edad, intentando enlentecer la tasa de aparición de los trastornos que causan discapacidades importantes en los ancianos (7).

Es preciso saber en este sentido que las enfermedades más frecuentes en geriatría no son las más incapacitantes.

Las enfermedades geriátricas más frecuentes establecidas por cuestionarios realizados entre médicos con orientación geriátrica y médicos generalistas son las siguientes:

- 1./ Hipertensión arterial.
- 2./ Accidente cerebrovascular crónica.
- 3./ Bronconeumopatía crónica.
- 4./ Poliartrosis.
- 5./ Insuficiencia cardíaca.
- 6./ Cardiopatía isquémica.
- 7./ Diabetes.
- 8./ Demencia senil.
- 9./ ACVA.
- 10./ Depresión.

11./ Reumatismo inflamatorio.

Pero las enfermedades más incapacitantes no llevan este orden, siendo estas las siguientes:

- 1./ Poliartrosis.
- 2./ Demencia senil.
- 3./ Accidente cerebrovascular crónico.
- 4./ Bronsoneumopatía crónica.
- 5./ ACVA.
- 6./ Insuficiencia cardíaca.
- 7./ Parkinson.
- 8./ Reumatismo inflamatorio.
- 9./ Cardiopatía isquémica.
- 10./ Hipertensión arterial.
- 11./ Tumores.

La importancia incapacitante de estas enfermedades (174,175) viene influida por el sexo, estado de salud y tipo de enfermedad.

Avanzado en esta dirección deberíamos aventurar las siguientes preguntas:

- \_Cuáles serán las enfermedades cuya aparición estamos favoreciendo, al eliminar las que ahora mismo son prevalentes?
- \_Cómo se verá afectada la salud de la población por ese trueque?

La vida libre de toda enfermedad es una meta utópica, pero \_estamos los seres humanos diseñados para la inmortalidad?: NO, pues no existe un programa genético para ampliar la supervivencia.

A pesar de que las propuestas que se hacen son en general para todas las personas mayores es posible hacer una selección de pacientes de alto riesgo a los que es preciso cuidar si es posible más. Estamos hablando del "anciano frágil" (8):

- Mayor de 80 años
- Vivir solo
- Viudez menor de un año
- Cambio de domicilio hace menos de un año
- Patología crónica que condiciona incapacidad funcional



- \* Ictus con secuelas
- \* Infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca hace menos de seis meses.
- \* Enfermedad de Parkinson
- \* Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- \* Patología osteoarticular degenerativa
- \* Caídas
- \* Déficit visual severo
- \* Hipoacusia severa
- Enfermedad terminal por
  - \* Neoplasia avanzada
  - \* Demencia severa
  - \* Otras con pronóstico vital < seis meses
- Toma de tres fármacos con efectos secundarios importantes
- Prescripción en el último mes de: antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes.
- Ingreso hospitalario en los últimos doce meses. Se ha apreciado deterioro funcional en actividades básicas de vida diaria en el 72% de los pacientes durante su ingreso y hasta en un 27% al mes del alta (200).
- Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes
- Incapacidad funcional por otras causas
- Deterioro cognitivo
- Depresión
- Situación económica precaria.

Otra forma más reducida y quizás más operativa de aplicación en atención primaria sea el concepto de Anciano de Alto Riesgo (AAR)(201) que no es más que un subgrupo de "anciano frágil":

- Alta hospitalaria reciente.
- Enfermedad incapacitante.
- Deterioro mental.
- Mayor de 80 años.
- Anciano institucionalizado.
- Vivir solo o ser viudo de menos de un año.
- Cambio de domicilio reciente.

Los AAR tienen incrementado el riesgo de deterioro, de ingreso hospitalario y de institucionalización por lo que se podrían planificar actividades dirigidas a la atención de este grupo poblacional.

La exposición va en tres bloques, es decir, prevención primaria, secundaria y terciaria. Hay que admitir que los problemas de los ancianos son más complejos y confusos que en el joven y que un mismo problema puede entrar, debido a sus especiales connotaciones en varios escalones ó incluso en un escalón diferente al que se indica. Además se caracteriza por estar relacionado con otros problemas no siempre sanitarios por lo que su atención debe ser multi-interdisciplinar, es decir un solo problema puede tener varias lecturas. El medico debe escuchar y cuidar de sus pacientes respetando su autonomía, independencia y sistema de valores, sólo entonces puede colaborar con el paciente en la promoción de su salud, su mantenimiento y cuidados preventivos. La intervención debe ser individualizada y respetando las características de cada paciente(230). El uso de una lista de problemas, lista de medicamentos y el control en los cambios funcionales y psíquicos son muy recomendables para facilitar el proceso.

Las medidas de carácter sanitario no son suficientes para la consecución de una medicina preventiva eficaz, son necesarias medidas de carácter social (empowerment), político (reconocimiento que las medidas son beneficiosas) y económico (166)(no hay que olvidar que la pobreza es un factor de riesgo, sino el más importante de morbilidad y mortalidad).

Para finalizar quisiera acabar con una cita de Frederick Engels: "Y si la burguesía lee estas cosas todos los días en los periódicos, y no se preocupa de abordarlas, que no se queje si, después de todos los testimonios oficiales y no oficiales que cito, les acuso globalmente de asesinato social".(198)

Las personas mayores no son sujetos que tengan un especial conocimiento de lo que es lo mejor para ellos, es precisa la preparación de programas de formación e información incluidos ó no en los cursos de preparación a la jubilación y de la facilitación de las medidas, para aumentar la adherencia a las mismas, pues desgraciadamente todavía no es la deseable(226,228).

El derecho a conocer crea la correspondiente responsabilidad de ofrecer la información, en este caso: educación sanitaria (167).

## II.- NIVEL PRIMARIO DE PREVENCIÓN (3,9-14)

Se basa en la actuación previa con el objetivo de impedir el desarrollo de las enfermedades y de este modo, en su aparición. Los objetivos se pueden resumir en el **fomento y promoción de la salud** mediante la generalización de hábitos saludables y la lucha frente a los factores de riesgo, en la **educación para la salud** constituyendo además ésta, parte de la formación del personal en los diferentes aspectos que se incluyen en el nivel primario de prevención y en la **protección específica** tratándose ésta, de las medidas aplicadas mediante el uso de fármacos (quimioprofilaxis) ó de

sustancias que en contacto con el organismo aumentan sus defensas frente a alguna enfermedad (gammaglobulinas y/o vacunas).

### **Exposición de diferentes aspectos en los cuales se puede aplicar el nivel primario de prevención.**

Son varios los aspectos en los que se pueden aplicar medidas de reconocida eficacia que redundan en una mejora de la EVLI y de éste modo en la calidad de vida.

#### **1.- Alimentación**

Los cambios producidos por el envejecimiento hacen deseable una dieta pobre en grasas y azúcares refinados, rica en calcio , fibra , vitaminas (A,E y C) e hidratos de carbono complejos (168,169). Los líquidos deben ser abundantes. Se puede acompañar de suplementos de vitaminas y oligoelementos (15,170) aunque no hay evidencia que los suplementos vitamínicos beneficien la salud de los ancianos que consuman dietas equilibradas (225).

#### **2.- Abandono de hábitos tóxicos (alcohol, tabaco)**

\* Alcohol.- Debido a que en el anciano disminuye de forma fisiológica el agua corporal total y a que el alcohol es hidrosoluble , disminuye su volumen de distribución por lo que aumenta su concentración. Es decir dosis idénticas de alcohol provocan concentraciones séricas más altas en el anciano. El SNC del anciano es mas sensible incluso a dosis bajas. El alcoholismo que en sujetos jóvenes se presenta con una pancreatitis, una hepatopatía ó un traumatismo, en el anciano puede adquirir una "forma atípica de presentación": desnutrición, trastornos del comportamiento, depresión, demencia, incontinencia urinaria, diarrea, deterioro funcional ó descuido de la higiene personal.(16)

Alrededor del 30% de los alcohólicos ancianos comienza a serlo a partir de los 60 años. El alcoholismo de comienzo tardío tiene normalmente una buena respuesta si está asociado a algún problema social remediable.

El consumo moderado de alcohol en el anciano no está contraindicado , pero es preciso tener especialmente en cuenta la pluripatología y la polimedicación(prescrita ó no) que podrían contribuir a su prohibición(17).

\* Tabaco(18).- Son numerosos los aspectos en que la salud puede beneficiarse con el abandono del hábito de fumar. Así el riesgo de muerte disminuye a los 1-2 años de dejar de fumar. El riesgo de enfermedad coronaria y muerte de origen cardiaco se reduce al año de dejar de fumar de forma marcada. El riesgo de cánceres asociados al tabaco se reduce al dejar de fumar. El riesgo disminuye de forma significativa a los 5-10 años de dejarlo. El riesgo de muerte por broncopatía disminuye a los 10-15 años de abstinencia en hombres y entre 5-10 años en mujeres. Su abandono mejora la sintomatología , las pruebas funcionales respiratorias y el riesgo de neumonías y gripe.

Dejar de fumar desciende el riesgo de osteoporosis y por tanto de fractura de cadera. Los fumadores tienen un riesgo aumentado comparado con los que nunca habían fumado ó antiguos fumadores(19). Este apartado requiere estudios más prolongados.

Fumar trae asociado el desarrollo y progresión de enfermedades crónicas , disminución de la movilidad y deterioro de la situación física(14).

Así como el uso moderado del alcohol no está prohibido sino hay contraindicaciones , el consumo de tabaco perjudica seriamente el organismo del anciano y es preceptiva la orientación de prohibición absoluta. Pacientes con una esperanza de vida menor de 2 años probablemente no se beneficien demasiado del abandono del tabaco y sea mejor esforzarnos con ellos en otra dirección(230,231).

### **3.- Promoción de hábitos higiénicos :**

\* Higiene personal y cuidado de la piel(20).- La higiene diaria no varía de jóvenes a mayores. Es preciso sin embargo tener en cuenta las connotaciones diferentes de la piel del anciano recomendándose el baño a una temperatura de 35-39°, como mínimo entre una ó dos veces por semana y de 5-15 minutos de duración. El jabón de uso personal para un anciano debe ser graso , mejor neutro de lanolina. El secado debe ser meticuloso y con toalla áspera para acabar con una crema oleosa para suplementar de grasa la piel que con la edad se vuelve seca y quebradiza. Con el envejecimiento también la piel se vuelve más sensible a los irritantes y a las fibras sintéticas, en lo posible es conveniente utilizar fibras naturales.

\* Cuidados de los pies (20).- Debido a las dificultades en su cuidado no son pocos los mayores con problemas de la marcha por falta de un adecuado cuidado. Como primera medida nunca se insistirá demasiado en cuanto al meticuloso secado tras su lavado. Es preciso ser precavido en cuanto al uso de

callicidas no hay que olvidar que se trata de productos cáusticos. El corte de uñas se realizará después del baño y el corte será recto para evitar el enclavamiento de la uña en los bordes.

En el calzado se deben evitar los tacones por encima de 3-4 cm , el zapato no debe estar "prieto", debe ser de piel debido a que el pie transpira mejor, de puntera redondeada, con buen contrafuerte (para sujetar bien el talón) y sujeto de empeine (mejor con cordones).

Todos los mayores, más los que presentan trastornos sensitivos, y sobre todo los diabéticos deben extremar todas éstas medidas higiénicas debido a que constituyen el grupo de riesgo más afectado

\* Cuidados de prótesis (20).- Deben incluir los cuidados de prótesis bucal que debe cepillarse después de cada comida y al acostarse, depositándola en ése momento en agua con algún líquido antiséptico. El cuidado de lentes incluye el lavado diario con agua y jabón utilizando para su secado un pañuelo de papel. Para una visión correcta es preciso llevar la gafa bien ajustada por lo que se debe recomendar una visita al óptico dos veces al año como mínimo. Por último, el cuidado del audífono retroauricular debe incluir la limpieza semanal del molde u oliva con un alfiler ó aguja eliminando cuidadosamente la cera acumulada, lavándolo posteriormente con agua y jabón, secándolo bien posteriormente. Cuando no se utiliza el audífono éste debe permanecer apagado. Las pilas deben guardarse en el congelador (aumentan su duración). Hay que evitar dejar el audífono en lugares excesivamente calientes ó fríos y utilizarlo cuando llueva ó en la bañera pues puede deteriorarse con la humedad.

Existen otros diferentes tipos de prótesis (mamas, piernas, globos oculares...) pero sólo se ha pretendido abordar las más comunes.

\* Higiene sexual(20-24).- Es totalmente natural que una persona mayor tenga intereses y necesidades sexuales y ésto debe ser aceptado por él mismo y por la sociedad superando los problemas educacionales y represivos aprendidos.

Normalmente la frecuencia de relaciones viene condicionada por las enfermedades crónicas e incapacitantes y la pérdida de pareja. La suspensión de contactos no es nada recomendable pues la reanudación suele ser lenta y muy dificultosa. En éste sentido hay una multitud de fármacos que interfieren la vida sexual que es preciso tener en cuenta.

Los problemas de carácter sexual, independientemente de la edad deben ser abordados en una consulta de sexología y abordados de forma global para su solución (ambiental, psíquica y médico-quirúrgica si lo precisa).

Las enfermedades y el uso de algunos fármacos pueden interferir de forma negativa en la sexualidad (126).

\* Enfermedades: Diabetes, resección transuretral prostática, reumatismo, cardiopatía isquémica.

\* Fármacos: Antidepresivos tricíclicos, anticolinérgicos, neurolépticos, antiparkinsonianos, guanetidina, reserpina, espironolactona, sulpiride, alfametildopa, estrógeno, atropina, betabloqueantes, clorotiacidas, cimetidina, digoxina, ansiolíticos, metoclopramida.

Otro aspecto importante es la institucionalización: Las residencias actuales no están preparadas ni para las relaciones sexuales ni para su promoción. La falta de intimidad es uno de los derechos más vulnerados en estos establecimientos. Ver capítulo 1

#### **4.- Programación de ejercicio físico (26,235) :**

Produce mejora de la nutrición y aprovechamiento de principios inmediatos , mejora la coordinación , la movilidad , el aparato cardiovascular , aumenta la masa muscular y ósea además de mejorar las perspectivas mentales (25). También se ha comprobado que reduce el riesgo cardiovascular, la masa grasa corporal, mejora el perfil de lípidos, reduce ta tensión arterial, la resistencia a la insulina, mejora la inmunidad y maximiza la función residual (171,172).

Todo ello redunda en un mantenimiento de la validez para funciones de vida diaria(27,28). Ver TABLAS 1 Y 2.

La práctica regular de un ejercicio ayuda a evitar la muerte prematura a edades medias o algo avanzadas pero no aumenta el porcentaje de supervivencia de las personas muy ancianas.

Una persona sedentaria media se enfrenta a unos 10 años de dependencia parcial y a un ultimo año de dependencia total. Si el entrenamiento de resistencia aumenta la capacidad máxima de transporte de oxígeno a cualquier edad en 5-10ml/min/Kg de masa corporal (MC). Si la capacidad mínima de transporte de oxígeno para llevar una vida independiente oscila entre 12-14ml/min/Kg MC. Si un joven de 20-25 años tiene una capacidad máxima de transporte de oxígeno de 40-50ml/min/Kg MC, pero sufre una pérdida de 5ml/min/Kg MC por cada década que envejece eso significa que en un mayor la práctica de ejercicio podría retrasar en 10-20 años su dependencia en base a poseer más reserva funcional que si hubiese mantenido una vida sedentaria(29).

Las mejoras con ejercicio físico programado se obtienen hasta edades muy avanzadas (Edad media-87años. Rango, 72 a 98años) (191).

## **5.- Entrenamiento y promoción de funciones intelectuales :**

Mediante charlas , debates , situaciones figuradas... provocadas y programadas de forma que además de ocupar el ocio busquen el mantenimiento de funciones psíquicas. La práctica tiende a mitigar el deterioro producido por el desuso y los efectos propios del envejecimiento(243).

Es importante seguir cultivando la cultura fomentando la lectura de libros y periódicos, el seguimiento de programas de radio y televisión cuando haya debates de interés ó actualidad, la participación en actividades musicales, acudir a museos y exposiciones de pintura...

Otro campo a desarrollar para la ocupación del ocio es el de los hobbies ó aficiones por ejemplo: sellos, monedas, hojas de arboles...,bricolaje, maquetismo que le ayudarán a mantener su destreza manual, artística y manual.

Los juegos de grupo (cartas,ajedrez,parchís,dominó...) además de ser un pasatiempo, proporcionan un contacto con los demás, estimulan la memoria, la deducción y la perspectiva.

Es importante mantenerse activo y organizado en política para que las ofertas electorales de los partidos sean mejores y además constituir un grupo de presión eficaz.

Tienen en éste sentido una gran importancia la existencia de Aulas de Tercera Edad en donde se encuentran desde cursos de historia hasta de informática, de cocina, de artesanía....

## **6.- Promoción de integración social. Evitar la soledad y el aislamiento.**

### **7.- Evitar el sedentarismo-inmovilidad :**

Este provoca empeoramiento de la situación muscular y articular con el consiguiente aumento de inseguridad a la deambulación.

### **8.- Organización del medio ambiente:**

\* Evitar situaciones de estrés. Estrés.-Definición:Estado interno provocado por una circunstancia ó estímulo negativo.

El anciano tiene mermada su capacidad de homeostasis en su relación con el medio, tanto externo como interno.

No cabe duda que el medio externo influye en el medio interno tanto positiva como negativamente.

- Evitar cambios de ubicación: Provocan pérdida de espacio propio y en ocasiones desorientación en pacientes con labilidad psíquica.

\* Evitar ruido ambiental excesivo: Por encima de 85 decibelios es posible producir daños en el oído. El daño es proporcional a la cantidad y a la intensidad. Una conversación normal se aproxima a los 40-50 decibelios.

\* Prevención de accidentes y caídas: La prevención de las caídas y de sus consecuencias se conseguirá con la puesta en marcha de programas de educación sanitaria para los ancianos y las personas que viven en su entorno social (30,31). Ver capítulo 9

\* Programación de actividades: Un alto nivel de actividad reporta pensamientos positivos y se relaciona directa y positivamente con una buena salud(32).

\*Prevención de hipotermia: Se recomienda no disminuir de 20\_C la temperatura ambiental en los hogares de los ancianos(33).El Departament of Health and Social Security recomienda no disminuir de 21,8\_C la temperatura de los hogares de los ancianos en los meses invernales(34).Respecto a esta última recomendación hay que considerar que Inglaterra es un país más al norte que el nuestro, por lo que pensamos que más que dar cifras exactas a respetar sea más eficaz pautar orientaciones pero por regiones.

## **9.- Informar a los pacientes de los efectos secundarios de los fármacos.**

El médico al prescribir debe tener en cuenta que hay características en el anciano que pueden modificar la farmacocinética de los principios activos. Así, es preciso tener en cuenta que con el envejecimiento se producen cambios en la composición orgánica(aumento del tejido adiposo y disminución de volumen plasmático, agua corporal total y agua extracelular), disminuye la albúmina sérica, el metabolismo hepático, la filtración glomerular y la función tubular que pueden hacer variar la vida media de los fármacos por lo que es preciso conocer su liposolubilidad, su transporte por albúmina y vía de excreción principal. Asimismo hay que tener en cuenta la pluripatología, el resto de fármacos que toma el paciente para evitar interacciones medicamentosas y los efectos secundarios que aunque no aumentan con la edad sí aumentan su peligrosidad, así una constipación puede cursar como un cuadro confusional agudo y una hipotensión se puede saldar con un hematoma subdural, una fractura de cadera ó un ángor. Además el anciano presenta un aumento de sensibilidad para fármacos que actúan en la esfera psíquica(ansiolíticos, antidepressivos y neurolépticos).



En todos los casos es preciso utilizar fármacos de eficacia probada, acción garantizada en ensayos clínicos que hayan incluido ancianos y que su biodisponibilidad sea equivalente a los productos originales.

El médico debe explicar al paciente en los casos que sea posible de forma clara el esquema terapéutico, sus efectos secundarios y establecer un plan de seguimiento continuado de la terapia para su control y estimular su cumplimiento, detectar precozmente mediante interrogatorio los efectos secundarios más frecuentes y la tolerancia al producto, además de monitorizarlo en los casos en que ésto sea necesario con el fin de efectuar un ajuste precoz de la dosis.

## **10.- Protección específica**

Esta consiste en las medidas aplicadas mediante el uso de fármacos (quimioprofilaxis) ó de sustancias que en contacto con el organismo aumentan sus defensas frente a alguna enfermedad (gammaglobulinas y/o vacunas).

## A/ QUIMIOPROFILAXIS

acción a la tuberculina en las capas superficiales de la piel) (+) si es mayor de 5mm.

Se utiliza isoniacida a dosis de 300mg/día (6-12 meses). Se debe asociar siempre con Vit B6 para evitar neuropatía periférica. El riesgo de hepatitis por isoniacida en mayores de 65 años es de 0,8% (10,13). TABLA 3 y 4

\* Gripe(35): La quimioprofilaxis se recomienda en pacientes no vacunados en ambiente gripal. Se podría utilizar también

en pacientes inmunocomprometidos además de la vacunación(213). Se debe utilizar amantadina ó rimantadina.

- Amantadina: Su eficacia es del 50-80%. La protección comienza a las 48 horas de la administración. En caso de contacto casual con ambiente gripal administrar durante 10 días. En caso de epidemia administrar durante 4 semanas. Dosis 100 mg/día.

- Rimantadina: Parece tener la misma actividad que la amantadina pero con menos efectos secundarios.

Dosis 200 mg/día. No comercializada todavía en nuestro país.

\* Previa cirugía: Las indicaciones de profilaxis pre-quirúrgica con antibióticos no cambian con la edad.

\* Terapia de sustitución con estrógenos (ver prevención de osteoporosis, enfermedades cardiovasculares y enfermedad de Alzheimer).

\* Dosis bajas de aspirina (ver prevención de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y cáncer de colon).

\* Cremas de protección solar 15 o más para proteger la piel de los rayos ultravioletas (173).

## B/ INMUNIZACIÓN PASIVA

Actualmente las inmunoglobulinas específicas que se utilizan son la antitetánica,antidiftérica y antihepatitis.

Las indicaciones no varían con la edad.

## C/ INMUNIZACIÓN ACTIVA

\* Vacuna antitetánica: Si no ha habido inmunización, ésta es dudosa ó imprecisa ó han pasado más de 10 años desde la última dosis, se recomienda inmunización con tres dosis, las dos primeras con separación de un mes y la siguiente entre 8-12 meses de la primera dosis. Dosis de recuerdo cada 10 años.

Si el 10% de personas son portadoras fecales de Clostridium tetani y la proporción de ancianos que sufren úlceras por decúbito es importante, el tétanos por contaminación fecal de los decúbitos(231) se trata de un riesgo real.

En caso de herida tetanígena y si desde la última dosis de vacuna han pasado más de 2 años es preciso además del tratamiento local de la herida la administración de una dosis de toxoide tetánico(36).

Solo el 15% de la población de los mayores de 50 años se halla eficazmente protegida frente al tétanos.

\* Vacuna antihepatitis(37,38): La vacunación sólo se recomienda en el caso de que su pareja sea HBSAg(+).

Posología:Tres dosis, la segunda al mes de la primera y la tercera a los 5 meses de la segunda."Las recomendaciones actuales son las de administrar una dosis de recuerdo cada 5 años aunque en aquellos cuyo título de Ac anti-HB a los tres meses de completar las vacunaciones sea inferior a 100U/l sería aconsejable adelantar algo esa dosis de recuerdo"(38). Se consideran niveles de anticuerpos protectores los niveles de 10 U/ml ó mayores y estos se mantienen durante unos 5 años. Hay que tener en cuenta que entre 2'5-5% de personas inmunocompetentes no adquieren anticuerpos protectores (193).

\* Vacuna antineumocócica: La duración comprobada de la protección es al menos de 5-7 años.Su eficacia se estima entre el 80-90% en pacientes inmunocompetentes.Hay quien la indica solo en ancianos institucionalizados en general y en ancianos no institucionalizados con enfermedades cardiovasculares y/o respiratorias(39).Aunque hoy por hoy la vacuna está indicada en todas las personas mayores de 50-60 años(40,41,212). La revacunación en adultos de riesgo se recomienda se efectúe antes de los 6 años(42).

\* Vacuna antigripal: El principal problema de la vacunación antigripal en el anciano es su menor efectividad en relación con otros grupos de población. En el adulto sano la vacuna consigue reducir la morbilidad en un 80% y reducir la mortalidad. En el anciano ésta efectividad desciende al 30-40%(43,44) debido a que se trata de un individuo con menor respuesta antigénica, pero la vacunación protege de la mortalidad, disminuyendo entre un 70-80% la mortalidad en caso de epidemia gripal(44), reduciendo el porcentaje de hospitalizaciones por neumonía entre un 48-57%, por cualquier problema respiratorio entre un 27-39%, por insuficiencia cardiaca en un 37% y los costes de hospitalización entre un 47-66%(212).

Los Anticuerpos(Ac) inducidos por la vacunación son generalmente IgG y alcanzan su título máximo a los 10-14 días en el adulto joven.

Es sabido que en el anciano(45) los niveles de Ac post-vacuna no llegan a cuadruplicarse(hecho considerado como indicativo de respuesta a la vacuna) como ocurre en el joven, además se produce un retraso en el pico máximo y los niveles disminuyen a valores basales trascurridos 6 meses. Estos aspectos son empeorados si el paciente es portador de un proceso neoplásico, enfermedad crónica y/o desnutrición.

Todos estos datos nos orientan sobre el limitado período de protección eficaz de la vacuna, teniendo en cuenta que los brotes de gripe en nuestro país aparecen en diciembre-marzo y alcanzan su pico en enero-febrero sería recomendable vacunar de mediados-finales de octubre a mediados-finales de noviembre y no antes(38,213).

Se han estudiado métodos para mejorar la eficacia de la vacuna. Ver TABLA 5

En nuestro medio , en ancianos y en enfermos seleccionados lo más factible y operativo sería por ejemplo vacunar con dos dosis a la vez ó repetir la dosis normal al cabo del mes de la primera dosis.

\* Vacuna anticatarral: "Los productos que en nuestro país se comercializan con el nombre de <<vacuna anticatarral>> ni son anticatarrales ni nadie ha demostrado que actúen como vacunas"(46). Dado el carácter viral de ésta afección y dado que éstas "vacunas" en nuestro medio contienen suspensiones bacterianas, no es esperable que éstos preparados tengan un efecto profiláctico, siendo por lo tanto ineficaces.

\* Vacuna antivariçela(212): Comercializada en marzo-1995 en USA. Posología: la segunda dosis a partir de las cuatro semanas de la primera. Estaría indicada en personas que no hayan padecido la enfermedad en su niñez. Otra posible indicación sería la de aumentar el período de latencia, posponiendo la aparición de herpes zoster mediante el aumento de niveles de anticuerpos por la vacuna.

## 12.- Prevención de osteoporosis

- En la presentación del "Estudio de la densidad de la población española" realizado por la Asociación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades del Metabolismo Oseo (AHOEMO) y la Sociedad Española de Investigación Osea y Metabolismo Mineral (SEIOMM) se informó que en España se producen 170.000 fracturas relacionadas con la osteoporosis. De este total aproximadamente 33.000 son fracturas de cadera; 66.000 fracturas vertebrales; 25.000 fracturas de muñeca y 46.000 fracturas en otras localizaciones.

En el caso de la mujer, el 15% de las mismas presentará una fractura de cadera en algún momento de su vida. El 15% de las mujeres de más de 50 años tendrá una fractura de muñeca y, en definitiva, un tercio de las mujeres de más de 65 años padece algún tipo de fractura osteoporótica(47).

El ejercicio activo aún en ancianos (217), un alto índice de masa corporal y un alto consumo de calcio se asocia negativamente con aparición de osteoporosis y fractura de cadera.

Podemos pensar que debido a nuestra latitud nuestros ancianos no precisan de suplementos de vitamina D debido a que sus concentraciones séricas son altas. Nada más lejos de la realidad tal como lo demuestra el Estudio Euronut SENECA (48) tomando como muestra la población gallega de Betanzos y que podríamos extrapolar a toda la franja cantábrico-pirenaica hasta el Mediterráneo.

La vitamina D es fundamental para el metabolismo fosfocálcico, el anciano sano y con exposición solar no presenta déficits (49). De forma general disminuye la 25(OH)2D3 y la 1,25(OH)2D3. Disminuye mucho más en los meses de invierno y en enfermos crónicos, ancianos que no salen de casa, asilados, malnutridos, indigentes y hospitalizados siendo necesaria la reposición de vitamina D sea de forma diaria o en forma de megadosis trimestral en este grupo. Su uso conjunto con calcio aumenta la eficacia pues se ha probado un aumento de densidad ósea y una reducción del 43% de fracturas de cadera(215).Ver TABLA 6

### **13.- Prevención del infarto agudo de miocardio y del accidente cerebrovascular con aspirina (AAS)**

La prevención **secundaria** con aspirina(AAS) a bajas dosis de la enfermedad coronaria y cerebrovascular está demostrada. En cuanto al uso de AAS profiláctica para prevenir enfermedad cardio ó cerebrovascular en individuos asintomáticos permanece poco clara(51), aunque hay autores(52) que indican tratamiento con AAS para la prevención del IAM en pacientes con clínica de enfermedad coronaria ó con factores de riesgo coronario en personas mayores de 50 años y en prevención de trombosis cerebral e isquemia cerebral transitoria tanto en hombres como en

mujeres(210) a dosis de 325 mg a días alternos ó incluso dosis menores, de hasta 75mg/día(53) en la angina estable crónica. En la prevención de accidentes vasculares en supervivientes de un IAM se recomiendan dosis de 160-325mg/día(54).

La prevención primaria con dosis bajas de AAS no está indicada pues todavía no existen trabajos que demuestren su utilidad (214).

#### **14) Prevención de caries y placas periodontales (55)**

El flúor tópico ha demostrado su eficacia como protector contra la caries tanto en población infantil como en adulto. Es el primer paso junto con la higiene bucal para desterrar el sinónimo de: envejecimiento-pérdida de piezas dentarias-prótesis dental.

#### **15) Prevención de accidentes de tráfico**

Los grupos de edad que mayor accidentalidad provocan son el grupo de 18-24 años, seguido por el de mayores de 65 años. Las 3/4 partes de los accidentes se deben a factores humanos y el 25 % restante son debidos a factores ambientales o mecánicos. En la persona mayor el deterioro de la percepción auditiva y visual, la pérdida de agilidad, la disminución de reflejos y el uso de medicamentos de riesgo son la causa de esta situación en el ranking (56).

Las infracciones más frecuentes en los mayores, están en relación con : no prestar atención a las señales de tráfico, efectuar giros incorrectos, no seguir la línea recta en la carretera y no guardar la distancia de seguridad. Presentan, fundamentalmente, mayores dificultades para cambiar de dirección, conducir por vías saturadas e introducirse en el flujo de tráfico. Todos estos handicaps, les llevan a ser más cautos en la conducción, conduciendoles a cometer más errores por omisión que por comisión (57).

En un intento de hacer descender el número de accidentes de tráfico el médico debe evitar los certificados de complacencia y sería bueno realizar a partir de una cierta edad, de forma anual una revisión completa, enfocada especialmente a los siguientes aspectos (58-60,221) :

1. Visión: Hay que insistir en el control exhaustivo de la función visual, pues es conocido que se deteriora claramente: La agudeza visual estática, cinética, la percepción de movimiento, de contraste y el campo visual (44). Por este motivo hay que explorar: Agudeza visual en cada ojo por separado, el campo visual, la sensibilidad al deslumbramiento, las dificultades de adaptación a la oscuridad (entrada en túnel, contraluz) (59) y la capacidad visuoespacial.

2. Sistema nervioso y psiquismo (59,60): Evaluación de: Situación sensorial y motora, grado de atención, pérdida de la rapidez de comprensión, de asociación y reacción, reducción del campo de pensamiento y de la atención, falta de discernimiento, deterioro cognitivo y fatigabilidad anormal.

3. Aparato cardiovascular (59,60): Determinación pulso y tensión arterial en reposo y después de una serie de 10 flexiones. Cualquier antecedente sospechoso de angina de pecho, debería ser evaluado con un electrocardiograma y en caso de duda, realizar o solicitar una prueba de esfuerzo.

4. Aparato locomotor (59,60): Evaluación de la capacidad funcional de miembros y columna vertebral, especialmente para rotación lateral de cabeza, comprobando que no hay modificación del pulso ni tendencia a la lipotimia.

5. Audición (60): Si utiliza audífono quíteselo cuando conduce, ya que al amplificar los ruidos del vehículo y de la calle pueden distraerle.

6. Medicamentos(56): La OMS considera de riesgo los siguientes medicamentos: Ansiolíticos-antidepresivos, hipnóticos, antihistamínicos, analgésicos, estimulantes, antiepilépticos y antihipertensivos.

7.- Seguridad previa (199): Infracciones y accidentes.

8.- Informe familiar (199): Los ancianos con alteraciones cognitivas son especialmente propensos a negar o no advertir su incapacidad para conducir. Los miembros de la familia tienen oportunidades únicas de ser testigos de maniobras inseguras, violaciones de las leyes de tráfico, de accidentes evitados por poco y/o de accidentes provocados por el anciano. Asimismo se les preguntará por el consumo de alcohol.

Una forma sencilla de recordar este examen es la regla mnemotécnica "SAFE DRIVE" en la que:

- S: Seguridad previa
- A: Atención
- F: Informe Familiar
- E: Etanol
- D: Drogas (medicamentos)
- R: Tiempo de Reacción
- I: Deterioro Intelectivo
- V: Visión
- E: Funciones Ejecutivas(motoras y de coordinación)

Antes de tomar la decisión de "no apto" es preciso tener presente que la posibilidad de conducción de un vehículo aumenta las posibilidades de comunicación y la independencia de una persona mayor. La retirada del carnet puede descender de forma dramática su calidad de vida y provocar aislamiento social.

### **16.- Prevención de la obesidad**

Afecta más al sexo femenino (hasta un 25%). La obesidad está directamente relacionada con problemas articulares (gonartrosis-coxartrosis), cardiovasculares (ICC, HTA, insuficiencia venosa), respiratorios (hipoxia crónica, hipoventilación-hipercapnia, apnea del sueño) y endocrinológicos (hiperlipoproteinemias, gota, hiperfibrinogenia y resistencia a la insulina) y a padecer un aumento de mortalidad por cáncer de endometrio en la mujer y cáncer colorectal en el hombre(62). Todos estos problemas predisponen a tener peor salud en estas personas provocando mayores grados de invalidez y mortalidad, además de mayor dificultad de recuperación cuando hay complicaciones.

Normalmente la gente no se hace obesa en la tercera edad sino que llega obesa a la misma, siendo quizás antes cuando se deba hacer medicina preventiva. Además, no son infrecuentes en estas edades los malos resultados al tratamiento médico por lo que se debe primar la prevención en todos los casos.

### **17.- Prevención de deterioro cognitivo**

El deterioro cognitivo fisiológico en sujetos con buena salud es mínimo, sobre todo antes de los 70 años. Salvo para funciones psicológicas muy concretas como la memoria de fijación ó la rapidez con que se realizan determinados actos psicofísicos.

Las quejas se producen en el 30% de la población mayor de 40 años y constituyen más un trastorno subjetivo que objetivo. La proporción de quejas aumenta exponencialmente con la edad.



En un anciano sin enfermedades los rendimientos son buenos, las enfermedades empeoran el rendimiento.

Existen una serie de factores de riesgo relacionados con deterioro cognitivo (Ver TABLA 7) y que pueden ser prevenidos con diferentes estrategias profilácticas (Ver TABLA 8 y capítulo 16)

### **18.- Prevención de la demencia vascular**

La demencia vascular es de las pocas demencias en las que se puede prevenir el proceso mediante un control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular. Una vez que se ha desarrollado la demencia la eficacia de las medidas es casi nula. La intervención debe darse en cerebros de riesgo y no cuando es ya tarde(64,236,241). Ver TABLA 9 y capítulo 16

### **19.- Prevención de fenómenos degenerativos articulares**

Los fenómenos degenerativos articulares en el anciano constituyen la primera causa de incapacidad en funciones de vida diaria. Los fenómenos que desencadenan procesos degenerativos se inician incluso en la juventud por lo que una prevención en edades más jóvenes resulta primordial.

Ver TABLA 10

### **20.- Prevención de la malnutrición en el anciano.**

La malnutrición empeora el pronóstico de vida, aumenta el riesgo de complicaciones en caso de enfermedad, acelera la formación de úlceras por decúbito, compromete la función inmunitaria, aumenta el riesgo de infecciones, alarga los períodos de recuperación y en consecuencia pérdida de la independencia(231). La obesidad se trata de un problema también de malnutrición pero que he querido abordar en otro apartado.

Además de las causas habituales de desnutrición (Ver TABLA 11) (68,69) en el anciano es preciso tener en cuenta una boca dolorosa sea por una estomatitis, una glositis, una candidiasis esofágica o una úlcera secundaria a prótesis bucal pueden ser una causa de disminución de Ingesta ó de dietas no equilibradas que a la larga pueden provocar estados deficitarios. Tampoco hay que olvidar los trastornos de la alimentación, entre ellos la anorexia tardía, no tan infrecuente. Hay que considerar siempre la posibilidad de actitudes alimentarias anormales en el diagnóstico diferencial de una malnutrición.

Muchas veces suele haber dificultades para conocer la ingesta diaria, en ocasiones es más fácil calcular la ingesta en las últimas 48-72 horas y así calcular las calorías/día.

### **21.- Prevención de las úlceras por decúbito**

Mediante la movilización precoz en situaciones de encamamiento. Otros factores de riesgo (algunos de ellos prevenibles y tratables) son: el deterioro cognitivo, la incontinencia urinaria/fecal, el nivel de conciencia, la patología de base y una mala nutrición (70).

En caso de encamamiento y/o inmovilidad es preciso articular un programa de cambios posturales cada 2 horas de día y cada 2-4 horas de noche si el paciente conserva el ritmo sueño/vigilia y no hay orientaciones en otro sentido.

Existen dispositivos preventivos muy útiles como el colchón de aire a presión variable, las protecciones y el cojín de silicona. Es posible conseguir ayudas económicas para su financiación.

Reflexiones sobre los decúbitos.-

- 1.- Una úlcera se produce en horas y tarda meses en curar con grandes cargas de enfermería y gasto material.
- 2.- Valorar siempre la posibilidad (dependiendo del paciente) de la cirugía plástica.
- 3.- No olvidar nunca que, una úlcera que no cura a pesar de mejorías del estado general y corrección de otros factores de riesgo, puede tratarse de una lesión maligna.
- 4.- 1/3 de las úlceras se producen en la primera semana de ingreso y 2/3 en las dos primeras semanas.
- 5.- Hay casuísticas de hasta un 35% de incidencia de úlceras por decúbito en residencias asistidas.
- 6.- El uso de una Polaroid o artilugio similar para el seguimiento semanal-quincenal de la úlcera creemos que se trata de una herramienta de gran utilidad. Además de la ayuda que supone si desgraciadamente hay problemas de carácter legal.
- 7.- La primera medida terapéutica siempre es eliminar la presión.
- 8.- En los hospitales terciarios se producen úlceras por decúbito en pacientes con patologías crónicas por falta de atención en algunos aspectos muy específicos de este tipo de pacientes.
- 9.- La incontinencia urinaria con riesgo/aparición de decúbitos en sacro/trocánter **obliga** al sondaje uretral.

## 22.- Prevención de la trombosis venosa profunda(TVP)

Es un hecho conocido que el estasis venoso provocado por la inmovilización es un factor de riesgo entre otros (se incluye la edad) para padecer una TVP y sus complicaciones. Ya que el ámbito de aplicación, es la atención primaria, no me voy a referir a la profilaxis perioperatoria y/o hospitalaria.

Una evaluación estimativa de la intensidad del riesgo aparece en la TABLA 12(71).

Como norma general y previa valoración de la patología de base, situación física, psíquica y grado de apoyos sociales "reales", la orientación es hacia el uso de heparinas de bajo peso molecular a dosis profiláctica en caso de inmovilización de moderado y alto riesgo. En los casos de bajo riesgo se preconiza la movilización precoz.

### **23.- Prevención de la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos(AINE)(72)**

La edad se trata del primer factor de riesgo más importante y el primero que se estudió. Los AINE provocan un exceso de hospitalizaciones en pacientes ancianos por enfermedad ulcerosa péptica(218).

Aunque todavía no existen datos firmes, las tendencias son de uso de antagonistas H2 (quizás el más estudiado sea la ranitidina a dosis de 300mg/día) en la prevención de lesiones duodenales y de prostaglandinas (misoprostol a dosis antisecretoras 200nanogramos/6horas) en la prevención de lesiones tanto gástricas como duodenales.

Entre los inconvenientes del misoprostol hay que destacar la necesidad de varias dosis diarias y la presencia de diarreas en el 40-50% de los casos con dosis antisecretoras, lo cual constituye un serio handicap para el cumplimiento.

En la actualidad hay trabajos (73) que orientan a que dosis más bajas de misoprostol (200nanogramos/8-12horas) aseguran también una protección eficaz.

Recientemente un estudio con famotidina(196) a dosis de 20mg/12horas parece indicar que previene tanto úlceras gástricas como duodenales. En la actualidad se han presentado trabajos con omeprazol 20mg/día también con buenos resultados tanto respecto a placebo(242) como frente a ranitidina(209).

### **24.- Prevención de la enfermedad de Alzheimer con reemplazamiento estrogénico en la menopausia. (Ver capítulo 16)**

Han aparecido algunos estudios en humanos en los que de sus conclusiones se podría desprender que el tratamiento estrogénico en la menopausia prevendría/reduciría la posibilidad de padecer la enfermedad de Alzheimer(74,184,185) aunque otros trabajos no encuentran la citada protección(186). Estudios en ratas orientan a que cuando los niveles de estrógeno bajan, las neuronas que tienen receptores estrogénicos ya no pueden funcionar eficazmente, en parte porque no pueden responder al factor de crecimiento nervioso (FGN). Los resultados con terapia estrogénica sugieren que la neurona

recupera la capacidad de respuesta al FGN. Además parece que los estrógenos mejoran el crecimiento y supervivencia de las neuronas colinérgicas y podrían reducir el depósito de amiloide cerebral. Este efecto protector aumenta con la dosis y con la duración del tratamiento y es independiente de la forma de administración(216).

Aunque no deja de ser una hipótesis de trabajo atractiva y varias líneas de investigación están orientadas en este sentido, el problema es que se trata de trabajos no randomizados ni controlados y no son representativos en ningún caso de la población general femenina. Aunque los resultados parecen prometedores es necesaria la realización de estudios prospectivos que establezcan la dosis, duración del tratamiento y sus riesgos.

### **25.- Anticoagulación en la fibrilación auricular (FA) para prevenir embolismos cerebrales-sistémicos**

La FA afecta al 5-10% de los pacientes mayores ambulatorios, en los hospitalizados la incidencia es probablemente el doble (75). La probabilidad de ictus es 5 veces mayor en pacientes con FA que en pacientes con un ritmo sinusal normal. La FA se asocia con un incremento del doble de la mortalidad por cualquier otra causa. Entre el 6% y el 24% de los pacientes que tienen ictus isquémico, y hasta el 50% de los pacientes con ictus cardioembólico presentan una FA(76). Estudios de tomografía computarizada han puesto de manifiesto la presencia de infartos cerebrales isquémicos silentes en el 26% de los pacientes con fibrilación auricular no reumática (77). El ictus isquémico acompañado de FA está asociado con reducción de la supervivencia y con la severidad del deterioro funcional (238). La Anticoagulación produce una reducción del riesgo de padecer un ictus entre el 70-80% (79)

El subempleo de la anticoagulación es el resultado de

- a/ El temor al sangrado (3 hemorragias importantes por cada 1000 pacientes tratados y año, incluyendo los accidentes hemorrágicos cerebrales)
- b/ El reto de controlarla (vigilar INR, ajuste de dosis, promoción del cumplimiento, riesgo en interacciones).
- c/ Carencias en infraestructura sanitaria.

Las posibilidades de indicación de la anticoagulación serían:

- a/ FA con valvulopatía reumática
- b/ FA crónica no valvular con crecimiento de aurícula izquierda.
- c/ FA paroxística o intermitente.

d/ FA de reciente comienzo.

e/ FA con accidente cerebrovascular no hemorrágico de menos de tres meses de evolución (237).

f/ FA en miocardiopatía hipertrófica o dilatada.

g/ Trombos en el interior de cavidades

h/ FA con factores de riesgo de apoplejía: hipertensión, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, diabetes, tirotoxicosis.

A mayor número de posibles indicaciones supone un mayor riesgo de embolismos, por lo que más firme sería la indicación de anticoagulación.

En la actualidad se aboga por la anticoagulación en todos los casos de FA en el anciano <80 años salvo si hay contraindicaciones pues las ventajas con una selección adecuada superan a los riesgos. Estos riesgos pueden ser todavía menores si mantenemos a los pacientes con dosis bajas de anticoagulantes como para mantener el INR entre 2 y 3 (240) ya que mantenerlos en estas cifras es tan efectivo como una anticoagulación más intensa (79). En los mayores de 80 años en los que esté indicada la anticoagulación mantener el INR entre 1,5-2,5 (179). En los demás casos considerar el uso de AAS (78,80,239) a dosis de 300-325mg/día ya que el riesgo de hemorragia es mayor que el beneficio potencial. En caso de fibrilación auricular no valvular el AAS previene 40 ictus anuales por 1000 pacientes mientras que la anticoagulación previene 90 ictus por 1000 habitantes (180).

En todos los casos susceptibles además de la anticoagulación es preciso intentar la reversión a ritmo sinusal sea farmacológica o eléctrica.

Criterios de exclusión (81-82):

- Historia de episodio de sangrado previo
- Hipertensión arterial no controlada
- Úlcera péptica con sangre en heces positiva
- Alcoholismo
- Litiasis renal
- Cáncer o enfermedad terminal
- Insuficiencia renal crónica
- Insuficiencia hepática
- Marcha inestable. Caídas de repetición
- Demencia moderada-severa

- Soporte social inadecuado.
- Trastornos graves de hemostasia
- Cirugía oftálmica y del sistema nervioso central
- Hemorragia cerebral
- Endocarditis-pericarditis
- Hipersensibilidad

En la actualidad se están realizando estudios con tratamientos combinados antiagregantes/dosis bajas de anticoagulantes de los que todavía no se tienen resultados firmes.

La idea fundamental es que debemos acostumbrarnos a anticoagular a nuestros pacientes mayores o por lo menos planteárnoslo más a menudo.

### **26.- Terapia hormonal sustitutiva (THS) en mujeres mayores para prevención de enfermedades cardiovasculares (83).**

Las enfermedades cardiovasculares son también en la mujer la principal causa de muerte. El descenso de niveles de estrógenos, provoca la aparición de un perfil lipídico de riesgo y un aumento del fibrinógeno sérico que provocan un aumento de eventos cardiovasculares en la población femenina. El riesgo a los 65 años de padecer un cáncer de mama son de 1 sobre 17, de padecer un cáncer uterino de 1 sobre 47 y de padecer una enfermedad cardíaca de 1 sobre 3. La probabilidad de muerte por cáncer de mama a lo largo de la vida es del 3-5%, estos porcentajes pueden incrementarse al 5-6% si es que los estrógenos aumentan verdaderamente el riesgo (sobre todo en estrogenoterapias de 5 o más años de duración)(195)

Los resultados con THS no combinada (solo estrógenos) parecen prometedores (sobre todo en aquellas con más factores de riesgo). La experiencia todavía es limitada aunque los resultados son consistentes. No hay que olvidar que los estrógenos inducen hiperplasia endometrial hasta en el 30% de los caso y que en el caso de mujeres histerectomizadas no es necesaria la THS combinada (194). Hay que tener en cuenta que el beneficio de los estrógenos sobre el perfil lipídico es debido a su acción en el hígado por lo que la administración debe ser oral(230), aunque otras vías podrían mantener los efectos no dependientes del perfil lipídico. En **todos** los casos hay que valorar las contraindicaciones y los efectos secundarios de la estrogenoterapia.

La THS combinada (estrógenos+progestágenos) que se preconiza en la actualidad para prevenir el cáncer de endometrio está también asociado con un incremento de cáncer de mama. Puede haber

fuerte rechazo al sangrado regular. Todavía no hay estudios a largo plazo como para valorar si la THS combinada modifica el riesgo cardiovascular.

Parece prudente recomendar la terapia hormonal a las mujeres con un riesgo aumentado de osteoporosis y/o enfermedad cardiovascular y quizá la enfermedad de Alzheimer (195).

El panorama de todos modos es complicado. Hay que contar también que se trata en principio en la mayoría de los casos de tratamientos de duración indefinida.

### **27.- Prevención del cáncer colorectal con aspirina (AAS).**

Entre los factores de riesgo conocidos de padecer cáncer de colon tenemos: la inactividad física, la obesidad, el alto consumo de grasa animal, las enfermedades inflamatorias intestinales, la poliposis y la historia familiar.

Recomendaciones para disminuir el riesgo (192):

- Realizar ejercicio físico de manera regular.
- Disminuir el consumo de grasas animales.
- Aumentar el consumo de grasas monoinsaturadas (aceite de oliva).
- Aumentar el consumo de pescado y aceites de pescado.
- Aumentar el consumo de fibra vegetal.
- Tomar cantidades óptimas de vegetales.
- Tomar alimentos ricos en calcio, especialmente leche y yogures (descremados y semidescremados).
- Consumo moderado de bebidas alcohólicas.
- Disminuir el consumo de alimentos excesivamente condimentados.

El riesgo de padecer cáncer disminuye si evitamos los factores de riesgo y lo asociamos con el consumo de una dieta rica en fibra vegetal y grano y con el uso regular de AAS (84)

Entre los mecanismos de acción posibles que explicarían la reducción de incidencia de cáncer en tomadores de AAS respecto a los que no lo toman tendríamos (84-88):

A/Patogénicos:



- \* Inhibición de la proliferación celular.
- \* Inhibición de prostaglandinas.
- \* Inhibición de la respuesta inmunitaria.
- \* Alteración del ciclo celular.
- \* Inducción de apoptosis.

El efecto sería carcinostático más que cancericida u oncolítico.

B/Clínicos:

- \* Los sangrados digestivos altos hacen que se inicien estudios que pueden desembocar en el hallazgo de una lesión premaligna.
- \* Los pacientes con cáncer o lesiones premalignas toleran peor el AAS.
- \* El AAS hace que las lesiones premalignas sangren precozmente por lo que se suspende el uso de AAS ó se diagnostica precozmente el tumor.
- \* La dispepsia que puede producir el AAS en organismos con reducción de su vitalidad hace que se suspenda su uso.

Se ha comprobado (89) que en pacientes con adenoma-s de colon y tomadores habituales de AAS se reduce el riesgo de aparición de nuevos adenomas.

El uso de AAS diaria o 16 o más veces/mes durante períodos de tiempo de 10 o más años reduce el riesgo de padecer cáncer colorectal en un 40-60% (85,90,88).

Es conocido que cada tableta de AAS tiene 500 mg, por lo que estamos hablando de consumos moderadamente altos de AAS, pero los resultados que tenemos han sido con estas dosis.

Por otro lado se ha comprobado que dosis de 80 mg/día de AAS son suficientes para inhibir las prostaglandinas asociadas con pólipos colorectales (91).

En el futuro, la quimioterapia preventiva será una realidad y una potencial terapéutica sean los antiinflamatorios no esteroideos.

Como conclusión hay que decir que no caben dudas sobre que el uso de AAS reduce la incidencia de cáncer colorectal, pero necesitamos conocer mejor la dosis y la duración de uso requerida para una profilaxis efectiva antes de hacer recomendaciones firmes.

## **28.- Preparación y adaptación a la vejez (236).**

Dar información comprensible y adaptada es la mejor forma de hacer medicina preventiva. Los cursos de preparación a la jubilación(92) además de información sanitaria enseñan a comprender los fenómenos del envejecimiento, aspectos económicos, legales y sociales. Se tratan, todavía hoy en España de una herramienta infrautilizada.

### III.- NIVEL SECUNDARIO DE PREVENCIÓN

El objetivo único del nivel secundario de prevención es la **detección precoz de la enfermedad**, generalmente en una fase en la que la patología es todavía reversible.

El nivel secundario de prevención se trata dentro de la medicina preventiva de la parte más a desarrollar por el médico y el resto del personal sanitario, debido a la inespecificidad de la presentación de la enfermedad en el anciano. Inespecificidad que aumenta con el envejecimiento del envejecimiento. Por ejemplo una neumonía se puede presentar sin fiebre y debutar con una caída, un cuadro confusional ó una sensación vaga de falta de salud.

Así pues, la precocidad del diagnóstico en un anciano que por su propio envejecimiento tiene una disminución de su reserva funcional (renal, cardíaca, psíquica, hormonal...) y de su capacidad de homeostasis interna (equilibrio ácido/base, temperatura, hidroelectrolítico, glucemia...) hace que la enfermedad disminuya la viabilidad del sujeto. Por todo ello ésta fase del proceso preventivo es absolutamente esencial en el anciano, siendo más esencial cuanto más anciano sea el individuo, para iniciar un tratamiento médico eficaz.

**1.- Reconocimiento de salud (93,94):** De esta forma identificamos a los ancianos de riesgo (médico,psíquico y funcional)

A/ Historia Clínica.

Se trata de una historia estándar en su estructura, aunque quizá habría que remarcar algunos aspectos. En la anamnesis ó en los antecedentes hay que hacer constar: Tipo de trabajo, tiempo que lo realizó y posibilidades de riesgo. Historia inmunitaria. En las mujeres hay que conocer el número de hijos, abortos, incidencias. Historia de insomnio.Continencia de esfínteres. Hábito de comidas. Hábitos dietéticos. Riesgo de escaras. Uso adecuado y racional de medicamentos.

Hay que observar con atención también algunos detalles:

- \_Aparenta ser más joven ó más viejo que su edad real?
- \_Tiene apariencia de enfermo, débil ó deprimido?
- \_Requiere ayuda para entrar en la consulta ó deambula sin dificultad?
- \_Está bien arreglado ó tiene un aspecto descuidado?

- Tiene las uñas cortadas y limpias?
- Estado de los pies.

Todas estas observaciones han de recogerse en la historia, pues ayudan a conocer el estado basal médico, psíquico y funcional.

B/ Valoración Funcional, Psíquica y Social

En cuanto a la valoración funcional es recomendable el uso de dos escalas, una la de Barthel para valorar las funciones básicas de vida diaria y otra la de Lawton para las funciones instrumentales. Dado que hay otro capítulo que aborda este tema de la valoración no voy a profundizar en él. Para la valoración psíquica de screening es útil el Mini Mental State de Folstein adaptado por Lobo et al,. Con su uso, sin duda nos llevaremos sorpresas no esperadas (ancianos con deterioro psíquico importante en los que con una relación social superficial no es aparente su deterioro psíquico). Es interesante también pasar una escala de ansiedad y depresión. Por su sencillez recomiendo la escala E.A.D.G.(95,223) adaptada por Lobo et al y si hay sospecha clínica de patología se puede pasar ya a otras escalas más completas-específicas, tratarlo ó deribarlo al psiquiatra.

#### C/ Estudios Complementarios.

En todo anciano que va a ser institucionalizado o acude a una valoración integral es preciso conocer de él no solo su exploración física basal sino también otros parámetros que nos orientarán sobre su situación interna y de su funcionalismo.

A continuación se enumera una serie de pruebas complementarias útiles de forma totalmente orientativa. TABLA 13

En cuanto a la determinación de hormonas tiroideas(94,96) hay opiniones encontradas, a favor de la determinación en los países escandinavos y en contra en USA(97), no existiendo unanimidad de criterios.

Aunque hay que decir que la idiosincrasia de la presentación paucisintomática de la patología tiroidea en el anciano hace imprescindible su determinación ante la más mínima sospecha, sobre todo en mujeres y en ancianos hospitalizados.(98)

La incidencia de hipertiroidismo varía entre el 0,5-3% de la población geriátrica(99) y en cuanto al hipotiroidismo se estima que entre el 2-4% de los pacientes geriátricos hospitalizados son hipotiroideos(99-101).

## **2.-Evitar la iatrogenia y la automedicación**

En un estudio realizado sobre ancianos institucionalizados(102) se comprobó que el 22,2% tomaban algún psicofármaco siendo los más utilizados los diacepínicos y neurolépticos.

Un aspecto importante es que estos tratamientos, en ocasiones, una vez prescritos no se revisan, manteniéndose durante periodos muy largos.

Es preciso tener en cuenta siempre que la suspensión de un tratamiento es tan importante como su instauración.

Por otra parte es preciso que conozcamos que solo el 22% de los medicamentos prescritos son tomados adecuadamente, que el 31% son gravemente mal utilizados y que el incumplimiento en pacientes ambulatorios ronda el 25-50% (103).

En nuestro medio es conocido el trabajo realizado por el INSERSO(104) sobre población anciana válida(hogares-residencias) apreciándose que los "válidos" padecían 2,57 enfermedades y tomaban como media 1,7 medicamentos.

Con estos datos es obvio el riesgo de intoxicación, interacción, efectos secundarios, errores de posología... siendo necesario un control estricto de la medicación en todo su proceso de distribución y por parte del médico amplios conocimientos en esta parcela y contar con el apoyo de un servicio de detección de interacciones y de consulta/descripción de efectos secundarios de nuevos medicamentos.

Cuando se toman dos o más medicamentos, el riesgo potencial de interacción es del 6%, pero este riesgo aumenta al 50% con cinco fármacos y al 100% con ocho (105).

### **3.- Periodicidad de reconocimientos(106)**

Todo lo que a continuación se expone está basado en recomendaciones de la Sociedad Americana contra el Cáncer y de la Comisión Canadiense para el Examen Periódico de la Salud para Personas Adultas Asintomáticas actualizadas en algunos apartados por orientaciones más recientes. Como podremos comprobar algunas en nuestro medio no son operativas, unas por falta de infraestructura(por ejemplo- cáncer de colon y recto) y otras por la situación psico-física y de la tipología de paciente. A continuación se exponen las que se consideran más interesantes. De cualquier modo el cribado de enfermedades debe tener evidencia concluyente de que el cribado puede alterar la historia natural de la enfermedad en una proporción significativa de los sometidos al mismo.

#### **A/ Historia y exploración clínica completa.**

Es conveniente realizarla cada dos años y de forma anual después de los 75 años.

## **B/ Presión arterial.**

Se realizará una medición anual y otra en cada visita médica.

El Estudio Cooperativo Español de Hipertensión Arterial en el Anciano(ECEHA) nos ha comenzado a dar ya datos de prevalencia en España, así a nivel estatal la prevalencia de hipertensión arterial(HTA) en el anciano y utilizando los criterios de la OMS (TA > 160/95 mm Hg) es del 47% (107), en Guipúzcoa(108) la prevalencia es del 48%, de los cuales un 8% no conoce ser hipertenso y de los tratados con fármacos un 34% no está controlado.

Si utilizamos los criterios del JNC V(109) estas cifras se incrementan en Guipúzcoa hasta un 72% de prevalencia.

Hoy, por los diferentes estudios que se han realizado EWPHE(110), STOP HYPERTENSION(111) y el SHEP(112-113) se puede afirmar que el tratamiento de la HTA tanto sistólica como diastólica disminuye la mortalidad y morbilidad cardiovascular, cerebrovascular, coronaria y la mortalidad total.

Debido a la importante prevalencia y de que el tratamiento es efectivo, es preciso asegurar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

## **C/ Colesterol sérico y glucemia.**

Se recomienda realizar una determinación cada 5 años.

Aproximadamente el 30%(114) de la población mayor de 65 años tiene alteraciones significativas de intolerancia hidrocarbonada, las cuales se desglosan,según los criterios del National Diabetes Datta Group y de la OMS en 12,5% de diabetes mellitus; 15,6 de intolerancia a la glucosa; y en 1,7% de anomalía previa a la intolerancia a la glucosa.

Por encima de los 85 años se aprecian curvas diabéticas en el 25% de los ancianos.

En cuanto a la hipercolesterolemia así como es clara la inclusión en tratamiento médico a pacientes hasta alrededor de los 70 años(115), a medida que la edad aumenta la relación hipercolesterolemia-cardiopatía isquémica es menos fuerte(116) pero se mantiene de forma significativa hasta la década de los 80(231), sobre todo si se acompaña a otros factores de riesgo (diabetes...) (178).

Se excluiría en principio a personas con una esperanza de vida menor de 3 años.

Es preciso ser cautos con las dietas excesivamente estrictas que pueden conducir a la inapetencia y a la malnutrición. En cuanto al tratamiento farmacológico, éste en caso de indicarse debe ser totalmente individualizado valorando la situación basal, el número de fármacos que toma el paciente, la patología de base, la expectativa de vida y la asociación de otros factores de riesgo.

#### **D/ MANTOUX (Prueba de reacción a la tuberculina) (231)**

Sino se conoce si es positiva ó negativa, realizarla para conocer su resultado y repetirla anualmente en especial si es negativo.

En un estudio sobre la positividad del Mantoux en ancianos institucionalizados(117), se vió que éste era positivo en el 60%, con una conversión anual del 15,9%. Hay que señalar que el Mantoux(-) ó su negativización suelen corresponder a los ancianos de mayor edad. Todo ello se explica por la depresión de la inmunidad celular que se produce con el envejecimiento, debiendo extremar los cuidados en estos pacientes.

#### **E/ Prevención del cáncer(101,118-120).**

Entre los 85-89 años de cada 100.000 hombres, 3.000 tienen cáncer y de cada 100.000 mujeres, 1.650 tienen cáncer. La proporción de cáncer para una mujer a los 25 años es de 1 en 1.000, a partir de los 65 años es de 1 en 14.

En autopsia se han hallado tumores asintomáticos en el 43% de los hombres entre los 76-85 años. En el hombre por encima de los 75 años los cánceres más comunes son los de tracto digestivo (colon,recto,pancreas y estómago) y de próstata seguidos por los de origen respiratorio. En las mujeres por encima de los 75 años los cánceres más comunes son los de tracto digestivo y de mama seguidos de las neoplasias respiratorias a distancia(118).

En los países occidentales una mujer de 70 años tiene una expectativa media de vida de 15 años y un hombre de 70 años puede vivir entre 8-10 años más(121).

El diagnóstico precoz es tan importante en los grupos de edad avanzada como en los más jóvenes, sobre todo en lo referido al cáncer de mama y colon.

Deberíamos tener claro que:



- 1.- La edad cronológica no debe ser utilizada para excluir a estos pacientes de los programas de diagnóstico precoz, proyectos de cribaje ó ensayos terapéuticos contra el cáncer(122).
- 2.- Hay que ofrecer a los pacientes ancianos la totalidad de las medidas terapéuticas y ayudarles a que ellos mismos tomen decisiones, si éso es posible(122).
- 3.- Cuando realicemos pruebas de cribaje tenemos que considerar la capacidad del paciente a tolerar dicha prueba y el tratamiento del cáncer, la aceptabilidad del screening y del tratamiento para el paciente y la esperanza de vida (123).
- 4.- Los criterios terapéuticos adecuados para los pacientes más jóvenes pueden no ser aconsejables ó tolerados en el anciano, en quien una estabilización efectiva de la enfermedad, una remisión parcial ó una remisión completa de corta duración puede ser suficiente para conseguir una prolongación significativa de la vida con una aceptable calidad de la misma. De lo que se deduce que es preciso confeccionar protocolos más específicos para ancianos en el caso de que los confeccionados sean mal tolerados por los mismos(121).
- 5.- No es cierto que el cáncer es una enfermedad más indolente en el anciano. Casi sin excepción, el comportamiento de los cánceres habituales no es ni más ni menos agresivo en éstos pacientes que en los pacientes más jóvenes. La enfermedad es la misma, aunque el huésped puede ser diferente(121).

#### \* **Cáncer de mama**

Debe realizarse un autoexamen anual (123), siendo este tan valioso ó mas importante que la mamografía(187).

Más del 45% de nuevos casos se detectan en mujeres mayores de 65 años.

Se ha recomendado realizar una mamografía cada 1-3 años hasta los 70-75 años(124), suspendiendo dicha exploración excepto si se ha detectado la enfermedad, la paciente pertenece a grupo de alto riesgo(125) o la esperanza de vida es de 10 años(231). Por este motivo otros grupos(126,230) han indicado la no interrupción del cribaje pues la esperanza de vida todavía a los 75 años es de alrededor de 12 años.

En principio y como orientación debe continuarse con esta exploración si la esperanza de vida es de 4-5 años.

En la actualidad las pautas internacionales orientan al cribaje por mamografía únicamente para mujeres entre 50-69 (188) -74años(189).

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco ha diseñado un programa de detección de cáncer de mama para mujeres de edades entre 50-64 años con una frecuencia de examen cada dos años.???

### **\* Cáncer de recto y próstata.**

Se recomienda efectuar un tacto rectal anual.

Se ha visto que el cáncer de próstata en estadio A se da en el 15-50% de las autopsias(118). Se afirma que después de los 90 años todas las glándulas prostáticas tienen focos de carcinoma(101).

El PSA (Antígeno Prostático Específico) es un antígeno útil para el seguimiento del cáncer de próstata donde en éstos momentos es donde se encuentra su mayor utilidad. Hay que tener claro que es un antígeno órgano específico y no cáncer específico. La concentración sérica de PSA muestra una relación directa con la edad del paciente y el volumen de la próstata y éste último está directamente relacionado con la edad por lo que parece más racional utilizar límites de referencia específicos por edades(220) así los límites recomendados serían: 40-49 años de 0-2'5ng/ml, 50-59 años de 0-3'5ng/ml, 60-69 años de 0-4'5ng/ml y entre 70-79 años de 0-6,5ng/ml. Un hallazgo de PSA elevado debe valorarse conjuntamente con la clínica, el tacto rectal la calidad y esperanza de vida, que orientarán la necesidad de consulta ó exploraciones más específicas.

La sensibilidad del PSA es del 73% y su especificidad del 83% (127). En general si el PSA>4-<10ng/ml existe un 15-45% de cáncer, de los que 67-75% está confinado en la glándula, si el PSA>10ng/ml la proporción aumenta al 42-64%(219). Si el PSA>20ng/ml la especificidad es próxima al 100%.

\* Si el tacto rectal es normal y el PSA<4ng/ml, se realizan controles anuales.

\* Si el tacto rectal es normal y el PSA entre 4-10ng/ml es preciso realizar la densidad del PSA, la tasa de variación del PSA y el porcentaje de PSA libre, si la densidad es mayor de 0,15, la tasa de variación se sitúa igual ó mayor de 0,75 ng/ml/año o el PSA libre menor del 20% (224)

es preciso realizar una ecografía transrectal/biopsia. Si son menores, repetir anualmente estas determinaciones.

\* Si el tacto rectal es anormal ó el PSA>10ng/ml es preciso realizar una ecografía transrectal/biopsia(128).

**\* Cáncer de recto-colon.**

Se ha recomendado el estudio por laboratorio de sangre oculta en heces de forma anual. Esta medida tiene poca utilidad pues se producen entre un 25-30% de falsos negativos y entre un 90-95% de falsos positivos.

La medida más efectiva es la realización de una sigmoidoscopia cada 3-5 años después de dos exámenes negativos con un año de diferencia y solo en caso de sintomatología sugerente(129).

En la actualidad se prefiere optar por aplicar un programa de detección precoz en individuos de alto riesgo (poliposis familiar, colitis ulcerosa, antecedentes familiares de repetición ó antecedentes personales de adenomas>1cm) más que a la población general debido a la poca operatividad de ésta medida en la actualidad(130). El tiempo estimado para que un pólipo se malignice está entre 5-12 años y se basa en casos de pacientes que reusaron ser tratados(231), por lo que podría deducirse que no sería necesario repetir sigmoidoscopias en ancianos con esperanza de vida menor de 5 años.

Hasta hace pocos años el 75% de los cánceres de intestino grueso se hallaban en los 25 cm. distales del intestino grueso, constituyendo el tacto rectal una maniobra preventivo-diagnóstica esencial. En el momento actual se están detectando más tumores en el colon ascendente y porción distal del colon sigmoide(131).

En USA se diagnostican 80.000 nuevos casos al año en pacientes que normalmente tienen entre 60-70 años(119).

**\* Cáncer de pulmón.**

Se trata de uno de los cánceres más difíciles de diagnosticar en un estadio precoz pues no existen medidas diagnósticas eficaces. En éste sentido sería de interés identificar a los grupos de riesgo más reconocidos: fumadores y a los que han tenido contacto con carcinógenos de pulmón.

Hoy por hoy no se recomienda screening en ningún grupo de edad ni riesgo(126).

## **\* Cáncer de cérvix.**

El 40% de las muertes por cáncer de cérvix se producen en mujeres mayores de 65 años. La mitad de las mujeres de 65 años no se han realizado una citología jamás, y tres cuartas partes de la otra mitad lo han realizado de forma esporádica(230). Hay estudios que concluyen que las mujeres mayores de 65 años se beneficiarían más que cualquier otro grupo del cribaje(232). Se incluye un frotis si previamente no ha sido realizado ninguno. No se recomiendan citologías por encima de los 60(126)-70(132) años si previamente no ha habido citologías positivas ó sospechosas. Las mujeres con resultados positivos deben ser sometidas a cribaje todos los años.

## **\* Cáncer en piel y mucosa oral.**

Explorar en las revisiones la existencia de melanomas, queratosis en zonas expuestas al sol, pacientes de riesgo de carácter ocupacional ó antecedentes familiares y leucodisplasias en cavidad oral, sobre todo en pacientes de riesgo (tabaco-alcohol) y prótesis. La mortalidad por melanoma se ha incrementado en un 50% en mujeres en el 100% en hombre por encima de los 65 años(231).

Se estima que entre el 40-50% de la población habrá padecido algún tipo de cáncer de piel a los 65 años(120).

## **F/ Control de órganos de los sentidos**

### **\* Revisión oftalmológica.**

Es recomendable la revisión anual en prevención y tratamiento de glaucoma, cataratas, revisión de prótesis...

Mediante entrevista el 77,7% de los ancianos refiere problemas con su vista(133). La prevalencia del deterioro visual aumenta con la edad. La proporción de personas incapaces de leer el periódico es del 5% entre 65 y 74 años, aumenta al 16% entre los 75 y 84 años y es del 27% por encima de los 85 años(134).

### **\* Revisión ORL.**

Es recomendable la revisión anual, pues hasta el 30% de la población entre 65-74 años y el 50% de los mayores de 75 años presenta problemas de audición(133,135) que provocan aislamiento, depresión y empeoran deterioro cognitivo.

## **G/ Revisión odontológica.**

Se recomienda que anualmente se efectúe una revisión de la cavidad oral.

En un estudio realizado en Vizcaya sobre población anciana institucionalizada(136) sobre una muestra de 565 ancianos se apreció que el 92% presentaba patología periodontal, el 57% requería prótesis dental total y entre un 14-17% requerían prótesis dental parcial. El 53% no tenían dientes y el 47% sólo conservaban alguna pieza dentaria. Hay que reseñar que en el momento de la exploración el 35% requerían tratamiento inmediato debido a dolor ó infección aguda.

Sobre población general mayor de 65 años se sabe que padecen caries por encima del 70%, presentan enfermedad periodontal entre el 25-50% y son edéntulas entre el 36-40% (137).

## **H/ Diagnóstico precoz de otras enfermedades**

### **\* Osteoporosis**

Puesto que la futura densidad ósea puede predecirse aproximadamente en el momento de la menopausia, el cribaje por densitometría en la perimenopausia sería el primer paso a dar para el control de la epidemia de fracturas-aplastamientos por osteoporosis. Ver TABLA 14

La densitometría en edades más avanzadas tiene un carácter más diagnóstico que preventivo de la enfermedad(138).

La osteoporosis es muy frecuente en el anciano con especial incidencia en el sexo femenino. Se ha comprobado que existen factores de riesgo para padecer esta patología entre ellos hay que destacar: Sexo femenino, delgadez, ovariectomía bilateral, enfermedades incapacitantes e inmovilizantes, alcohol, tabaco, consumo alto de cafeína y la corticoterapia (139,140).

El efecto protector de los estrógenos en la perimenopausia permanece incluso hasta 15 años ó más del cese de su uso rutinario(141). El uso de estrógenos con ó sin progesterona aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama. En mujeres con más de 55 años su uso debe ser cuidadosamente considerado, sobre todo si llevan tomándolas durante más de 5 años(190).

### **\* Depresión**

1.- Prevalencia(142,143): La depresión afecta a alrededor del 10% de la población mayor de 65 años. Si hablamos de ancianos institucionalizados en Residencias Asistidas esta cifra aumenta hasta un 30% (144). Es preciso tener en cuenta que la presencia de patología crónica, aumenta la incidencia de depresión. Hay que añadir que el paciente geriátrico suele ser portador de pluripatología normalmente(145,146).

Hay que tener también en cuenta el amplio uso de medicamentos por la población geriátrica y que no pocos medicamentos están relacionados con la provocación de depresión(147).

2.-Población geriátrica en situación de riesgo (93):

- Los que han tenido una pérdida y se hallan en situación de duelo.
- Cuidadores y/o familiares, de pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes con pluripatología.
- Ancianos con incapacidad.
- Ancianos en situación de aislamiento social.
- Ancianos con antecedentes de depresión.
- Alcoholismo crónico
- Mala situación económica.
- Alta reciente de un hospital o aquellos que han cambiado recientemente de vivienda (148).

Los ítem se superponen bastante a la definición de anciano frágil.

3.- Características típicas:(202)

- Falta de resonancia afectiva en relación con estímulos emocionales impresionando de indiferencia o desinterés.
- Presentación como una pseudodemencia.
- Alteraciones psicomotrices del tipo de inhibición ó inquietud.
- Preocupaciones hipocondríacas y síntomas funcionales.
- Mayor riesgo de suicidio.
- Despertar temprano.

Otros: pérdida de nivel habitual de interés por las relaciones sexuales, pérdida de peso, consultas frecuentes, no quieren ver a sus nietos como antes...(203)

Ver capítulo 14

**\* Uso de inhibidores del enzima de conversión de angiotensina (IECA) en la insuficiencia cardíaca(IC) clínica y subclínica**

Tanto el Cooperative New Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS) (149), el Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD)(150) y el Survival and Left Ventricular Enlargement (SAVE)(151) han demostrado la utilidad de los IECA en pacientes con disfunción sistólica de ventrículo izdo. Los IECA deberían ser utilizados en pacientes asintomáticos con reducción moderada de la fracción de eyección. Los IECA proporcionan alivio sintomático, reducen el número de reingresos hospitalarios y la mortalidad. A pesar de todo esto su uso hoy por hoy es muy limitado y cuando se utilizan la posología suele ser normalmente baja. Las dosis óptimas de los IECA todavía no están establecidas. El único recurso que tenemos por ahora es utilizar la estrategia de dosis que redujeron la mortalidad y la hospitalización en los ensayos clínicos.

Así por ejemplo 2,5-20mg de enalapril en dos veces/día en el SOLVD y 50mg de captopril tres veces/día en el SAVE. Recientemente la FDA ha aprobado el Lisinopril en esta indicación a dosis de 10-20 mg/día.

**\* Colectomía profiláctica en colelitiasis asintomática(152)**

Actualmente se dispone de datos fiables sobre la historia natural de la colelitiasis asintomática que confirman que ésta sigue un curso benigno sin tratamiento. Casi el 80% de los sujetos permanecen asintomáticos durante el seguimiento, y solo un 4% desarrollan complicaciones, siendo muy baja la mortalidad.

En la actualidad no está justificada la colectomía profiláctica excepto en pacientes con calcificación de la pared vesicular (vesícula en porcelana), por su alto riesgo de desarrollar carcinoma de vesícula.

Los tratamientos conservadores tampoco están indicados.

**I/ Otras connotaciones y riesgos**

**\* Respeto al principio de autonomía del paciente**

Las decisiones verbales o escritas del paciente deben ser tenidas en cuenta y respetadas siempre que hayan sido expresadas en posesión de plenas facultades mentales.

Los ancianos son dueños del "resto de sus vidas" sea mucha o poca la cantidad, es toda la vida que les queda(234).

Otro de los aspectos a tener en cuenta son las instrucciones previas o decisiones de fin de vida respecto a resucitación cardiopulmonar, tratamiento en UVI, colocación de sonda nasogástrica y diálisis (230,231).

Ver TABLA 15

### **\* Detección precoz del abuso-malos tratos o negligencia-abandono en el anciano(153)**

El concepto se refiere a aquellas situaciones no accidentales en las cuales un anciano sufre daños físicos, privación de sus necesidades básicas o daño psíquico como resultado de un acto o una omisión por parte de quienes deben cuidarle. Se asume que entre un 2,5 y un 3,9 de los ancianos son maltratados en el seno de la familia(154).

Proporcionalmente son los varones los que más sufren de maltrato.

Los casos de abandono son más frecuentes que los de maltrato. Podríamos hablar de "abandono activo" cuando hay intencionalidad y "abandono pasivo" cuando hay incapacidad por parte del cuidador de brindar los servicios esenciales para el cuidado del anciano. Un concepto que surge al definir el abandono es decidir qué deberes tiene el cuidador hacia el anciano, ya que los términos abandono o trato negligente implican que no se cumple con una obligación. En la actualidad se habla más de "cuidado inadecuado del anciano" sea cual sea el mecanismo pues el resultado final es que el anciano no recibe los cuidados que requiere para conservar salud física o emocional óptima (233).

Los malos tratos en el anciano pueden ser por acción o por omisión. Ante la sospecha de malos tratos o abusos debemos ser exquisitamente prudentes ante la situación y comunicarlo inmediatamente por escrito al Servicio de Bienestar Social del Ayuntamiento (asistente social) para que sea posible una intervención precoz y eficaz.

El mayor riesgo de malos tratos se produce en los pacientes que más cargas de trabajo generan, es decir cuanto más inválido mayor riesgo de malos tratos. Aunque está comprobado que el maltrato se puede dar en cualquier circunstancia(233).

\* Factores de riesgo en el anciano (155,156):



- Deterioro cognitivo.
- Deterioro funcional.
- Aislamiento social.
- Problemas psíquicos en el cuidador.
- Ambiente familiar perturbado por otras causas
- Fragilidad
- Dependencia excesiva de otras personas
- Historia previa de violencia familiar.

\* Perfil de la víctima (155):

- Mujer, edad avanzada
- Dependiente de su cuidador para la mayoría de las funciones de vida diaria
- Con conductas anómalas acompañantes
- Convive con un familiar que es el principal y único cuidador.

\* Perfil del cuidador responsable del abuso (61,155,156):

- Consumidor de alcohol, fármacos o drogas
- Con pobres contactos sociales
- No acepta el papel de cuidador. No asume la responsabilidad que ello conlleva.
- Historia previa de violencia familiar
- Sufre estrés por causas diversas (muertes, pérdida del trabajo o problemas económicos) o tiene múltiples responsabilidades.
- Renuncia a las ayudas medicas y de la comunidad
- Depende del anciano desde el punto de vista económico y la vivienda suele ser de la víctima.
- Demuestra pérdida del control de la situación.
- En las entrevistas suele ser hostil, irritable y suspicaz.

\* Maltrato o negligencia social (177)

- Minusvaloración de la figura del anciano
- Escasez de programas destinados al anciano
- Escasez de áreas de aseo ó recreación.
- Mala planificación ciudadana + barreras arquitectónicas.

- Utilización del anciano.
- Escasez de pensiones.
- Regulación a la baja de prestaciones farmacéuticas-medicas.
- Escasez de prestaciones sociales.
- Inexistencia de áreas de compra a precio reducido.
- Falta de información de los Servicios Sociales.
- Información confusa sobre la eutanasia.
- Inexistencia de normativa jurídica que promueva el bienestar del anciano.
- Creación de clima de inseguridad en cuanto a las pensiones.
- Marginación de la figura del anciano en todos los medios de comunicación.
- Maltrato en ventanillas y atención al público.
- Poca información a la sociedad para que comprenda los problemas de los mayores (sexualidad, soledad, incapacidad...).
- Presión preelectoral.
- Falta de cursos de preparación a la jubilación.

\* Maltrato en residencias:

- No suministrar adecuadamente los medicamentos.
- No proporcionar condiciones ambientales adecuadas.
- Comentarios inadecuados ó hirientes.
- Tuteo inadecuado.
- No utilizar los nombres y apellidos
- No permitir la intimidad (para la higiene, el sexo, la soledad).
- No tener en cuenta las barreras arquitectónicas.
- No proporcionar lecturas, distracciones, actividades.
- Falta de un plan apropiado de cuidados.

\* Evaluación de la intervención (176)

- Valorar si es por mala voluntad ó por ignorancia (negligencia).
- Valorar la severidad.
- \_La víctima tiene conciencia del abuso?
- \_Qué recursos tiene la víctima? \_Con qué recursos comunitarios se cuenta?
- \_Plantea problemas el acceso a la víctima?
- \_Qué factores de riesgo existen?
- \_Quién está infringiendo el abuso?

- \_Cual es el estado cognitivo de la víctima?
- \_Cual es el estado de salud y funcional de la víctima?
- \_Han existido intervenciones previas?

Los malos tratos a los ancianos pueden ser clasificados como abusos o negligencias físicas, psicológicas o económicas/materiales(153). Ver TABLAS 16-22

**\* Situación de los cuidadores.**

No cabe duda que la calidad de los cuidados depende de los cuidadores. El elevado stress que supone el cuidado de ancianos con discapacidad física o psíquica puede provocar el agotamiento del cuidador con lo que el cuidado va a ser de menor calidad o incluso desaparecer y además se trata de un factor de riesgo de abuso. Es preciso por parte del médico de Atención Primaria estar atento ante signos de alarma, informando al/a la Asistente Social y orientando al cuidador hacia ayudas domiciliarias más intensivas, ingresos de respiro y grupos de autoayuda-descompresión(225). Un alto nivel de stress en el cuidador es uno de los factores más importantes de institucionalización para el anciano(230).

**\* Intervenciones a domicilio.**

Está comprobado que las visitas regulares a domicilio de ancianos reduce la mortalidad, ingresos hospitalarios y en residencias, número de caídas, mejora la calidad de vida y el estado funcional medido en capacidades para funciones de vida diaria (225).

**4.- INSTAURACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO.**

El tratamiento médico incluye siempre en la relación una serie de consejos sanitarios para paliar y/o coadyubar en la curación de las diferentes enfermedades (reflujo gastroesofágico, ulcus péptico...), en éstos consejos se incluyen las dietas específicas para cada enfermedad(diabetes, hipertensión, hiperlipidemias...) además del tratamiento farmacológico. En éste sentido queremos recordar otra vez que tan importante es poner un fármaco como acordarse una vez solucionado el problema, de suspenderlo. No es infrecuente ver ancianos tomando durante meses un medicamento sin precisarlos(antihipertensivos, digitálicos, neurolépticos...).

**5.- ASISTENCIA PODOLOGICA.**

Los problemas derivados de la patología del pie son enormes, entre los más frecuentes se hallan las callosidades y los problemas ungueales. En muchas ocasiones(1) ésta asistencia no es demandada por el paciente, tratándose de la patología no referida más frecuente y que provoca incapacidad en el anciano.

#### **6.- CONEXIÓN FLUÍDA, PREFERENCIAL Y COORDINADA CON EL HOSPITAL DE REFERENCIA.**

El médico de Atención Primaria debe estar conectado con los servicios médicos y quirúrgicos del hospital de referencia para que la actuación en caso necesario sea rápida. Por su parte si está en una residencia la institución organizará, para que exista siempre cobertura-compañía por grupos de apoyo y/o familia durante la consulta y/o ingreso hospitalario.

#### **IV.- NIVEL TERCIARIO DE PREVENCIÓN**

Los objetivos del nivel terciario de prevención son dos por una parte **prevenir las consecuencias de la enfermedad, la invalidez y a veces la muerte** y por otra la **rehabilitación precoz** con la provisión de los medios adecuados para su óptimo manejo.

En el nivel terciario de prevención lo que se pretende es la detección precoz de situaciones incapacitantes que crean dependencia con el objetivo de proporcionar un tratamiento eficaz para disminuir de éste modo el grado de dependencia y disminuir las "cargas" que éstas producen. En su casa ésto puede significar que el anciano permanezca en ella, en una residencia ésto objetivamente significa una disminución de cargas de trabajo a los auxiliares de clínica. No tener éste objetivo en una residencia ó en el domicilio significa buscar alternativas más caras en términos económicos.

Todavía hoy en nuestras residencias y hospitales se producen actuaciones paternalistas sin contar con el individuo, con su capacidad de opinión y sus derechos a que se le ofrezca un tratamiento rehabilitador precoz que prevenga ó mejore su incapacidad. En ocasiones es más cómodo poner un cuidador a un anciano que proveerle de una cobertura global. En no pocas ocasiones se busca más solucionar el problema que el anciano provoca sobre su entorno (familiar y social) que soluciones a los problemas reales de los ancianos.

#### **1.- ATENCIÓN PSICOGERIÁTRICA.**

Se calcula que entre el 5-11% de la población mayor de 65 años y casi el 50% de los mayores de 80 años van a padecer una demencia de tipo degenerativo(157-159). Del total de pacientes demenciados 2/3 tienen demencia tipo Alzheimer.

Dado el número creciente de dementes creo necesario la aplicación de terapia ambiental en estos pacientes que mediante programas específicos, actividades, orientación a la realidad, mantenimiento de praxias generales..... se han conseguido resultados satisfactorios.

## 2.- REHABILITACIÓN

- Terapia ocupacional: Mantenimiento de funciones de vida diaria.

- Rehabilitación menor y de mantenimiento:"Con ella se trata de recuperar invalideces secundarias a determinadas patologías crónicas.La patología más frecuentemente atendida en las secciones de rehabilitación de las residencias de ancianos es la siguiente:

- \* Enfermedades neurológicas (ACVA, Parkinson....)
- \* Fracturas (principalmente de cadera)
- \* Artropatías (principalmente poliartritis y aplastamientos vertebrales, secundarios a osteoporosis)
- \* Amputaciones y utilización de prótesis.
- \* Insuficiencia respiratoria(fisioterapia respiratoria en bronquíticos crónicos)

La necesidad de tratamiento rehabilitador origina la necesidad de un gimnasio con los aparatos necesarios, para aplicar un tratamiento rehabilitador y de una sala de terapia ocupacional.

Los servicios médicos y sociales de la residencia han de colaborar con la sección de rehabilitación y terapia ocupacional, con el fin de conseguir una acción terapéutica integral"(160).

## 4.- PREVENCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS.

Esto se logra mediante un programa de educación física(161,162).

- a/ Aprender a levantarse.
- b/ Reeducación progresiva de la marcha(paralelas-andador-bastón-autónomo).
- c/ Ejercitar el equilibrio.
- d/ Ejercitar la sensibilidad profunda.
- e/ Ejercitar la rapidez de reacción.

## **5.- ADAPTACIÓN ARQUITECTÓNICA DEL AMBIENTE AL ANCIANO CON DISCAPACIDADES**

## **6.- INGRESO HOSPITALARIO EN EL LUGAR ADECUADO**

La salud de las personas ancianas corre un riesgo por el solo hecho de ser hospitalizadas(211) y en muchos casos supone un declive irreversible de su estado funcional. Estos efectos se muestran con rapidez y progresan velozmente. Por todo ello se debe estar preparado para evitar en lo posible que esto ocurra mediante medidas especiales de apoyo y cambios de carácter ambiental.

El ingreso es preciso hacerlo en hospitales que dispongan de servicios especialmente capacitados para la resolución de sus problemas, con preparación y seguimiento del alta hospitalaria, con búsqueda de ubicación correcta para el anciano o que por lo menos no pongan obstáculos en su recuperación (163).

Es preciso evitar ingresos y estancias inapropiadas(164). El anciano en ocasiones y debido a la falta de infraestructuras intermedias "aterriza" sin necesidad en Hospitales de "agudos" con lo que supone de "incremento de riesgo" (infección nosocomial, trato no adecuado, cuidados no dirigidos o insuficientes..) cuando si hubiera niveles de apoyo intermedio los problemas se podrían resolver de forma ambulatoria o en centros de menor complejidad con lo cual se obtendrían dos objetivos importantes:

- Estar en el lugar adecuado con los cuidados y cuidadores adecuados.
- Abaratar costes

Otro aspecto que debemos tener especialmente en cuenta es la actitud despectiva que en ocasiones reciben los ancianos en el medio sanitario (puro, puerro, momia, bacalao...) tanto en plantas hospitalarias como en el área de urgencias y la consideración de la edad como criterio habitual de exclusión hacen que sea preciso estar alertas como responsables sanitarios para hacer valer los derechos de nuestros pacientes a acceder a técnicas más ó menos sofisticadas sean diagnósticas (scanner, angiografía digital, doppler, ecografía cardíaca...) ó terapéuticas (cirugía coronaria, diálisis, angioplastias de toda índole...) , al derecho a la información, al consentimiento informado y conocer si hubiere de la existencia de otros documentos (testamento vital, poderes...) que pueden ser de interés

para que se respete la voluntad del anciano o en su caso a orientar al médico hospitalario en la toma de decisiones, pues en último término somos los que mejor conocemos a nuestros pacientes.

## V.- REFLEXIONES :

- \* Es mentira que ya no hay "tiempo" para prevenir.
  
- \* Resulta arbitrario utilizar la edad cronológica como método de exclusión siendo más importante considerar la edad fisiológica ó el estado clínico general.
  
- \* A pesar de que la bibliografía es abundante, reiterativa, casi impositiva, debe prevalecer el sentido común. En éste sentido hay que plantearse si los consejos sanitarios resultan admisibles.
  
- \* No creo que sea extraño en próximos años la instauración de forma general de fármacos a partir de una cierta edad y todo ello en una sola presentación farmacéutica: (AAS+Hipolipemiente+antioxidante+quimioterapia profiláctica) asociado a estrógenos en caso de mujeres y de inhibidor de crecimiento prostático en caso de varones.



## **VI.- BIBLIOGRAFÍA**

- 1.-Arriola Manchola E.Orientaciones para una medicina preventiva eficaz en ancianos institucionalizados (parte I). Introducción. Nivel primario de prevención. Rev Gerontol.1994;4:228-237.
  
- 2.-Arriola Manchola E.Orientaciones para una medicina preventiva eficaz en ancianos institucionalizados (parte II). Niveles secundario y terciario de prevención. Rev Gerontol.1995;1:6-14.
  
- 3.-Williamsom J.Medicina Preventiva.En: Exton-Smith AN, Weksler ME.Tratado de Geriátría.Barcelona:Editorial Pediátrica, 1988;41-53.
  
- 4.-Gardner JW, Sanborn JS. Years of potential life lost(YPLL)-What does it measure?. Epidemiology 1990;4:322-329.
  
- 5.-Gutierrez Fisac JL, Regidor Poyatos E. Esperanza de vida libre de incapacidad : un indicador global del estado de salud.Med Clin 1991;96:453-455.
  
- 6.- Reig Ferrer A, Cabrero Garcia J, Richart Martinez M. Comportamiento y salud en la vejez. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1996;31(1):37-44.
  
- 7.- Olshansky SJ. Expectativa de vida: \_estamos alcanzando el límte? Modern Geriatrics.1993;5(7):264-267.
  
- 8.- Ruipérez Cantera I, Jiménez-Jiménez MP, Hornillos Calvo M, Sepúlveda Moya D. Asistencia sanitaria a las personas mayores. Criterios de selección y definición. Nuevas tendencias. Medicine. 1995;6(87):3838-3844.
  
- 9.-Gambert SR, Gupta KL.\_Qué se debe prevenir en geriatría?. Modern Geriatrics(Ed. Española) 1990;2:114-119.
  
- 10.-García Paez JM, Martin Martin F.Medicina Preventiva.En: Martin Martin F.Medicina interna en el paciente geriátrico.Madrid:Edita Saned SA , 1989;I:72-89.
  
- 11.-Williamson J.Aspectos preventivos de la medicina geriátrica. En: Pathy MSJ.Principios y práctica de la medicina geriátrica. Madrid: Ediciones CEA, 1988;157-165.

- 12.-Carbonell Collar.Actuación preventiva desde un servicio de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol 1987;5:293-300.
- 13.-García Paez JM, Segovia Martínez de Munguia F. Medicina preventiva en el paciente geriátrico.Bases generales.Profesión Médica 1989;Abril:15-20.
- 14.-Mosquera Mata PA. Medicina preventiva de la tercera edad.Rev Esp Geriatr Gerontol 1985;2:106-112.
- 15.- Chandra RK. Efecto de los suplementos de vitaminas y oligoelementos sobre la respuesta inmunitaria y las infecciones en los individuos ancianos. Lancet. 1993;22(4):197-200.
- 16.- Egbert AM. The older alcoholic: Recognizing the subtle clinical clues. Geriatrics.1993;48:63-69.
- 17.-Dufour MC, Archer L, Gordis E. Alcohol and the elderly. En: Omenn GS. Health promotion and disease prevention. Philadelphia: WB Saunders, 1992;1:127-141. Clinics in Geriatric Medicine;vol 8.
- 18.-Lacroix AZ, Omenn GS. Older adults and smoking. En Omenn GS. Health promotion and disease prevention. Philadelphia: WB Saunders, 1992;1:69-87. Clinics in Geriatric Medicine; vol 8.
- 19.-Paganini-Hill A, Chao A, Ross RK, Henderson BE. Exercise and other factors in the prevention of hip fracture: The Leisure World Study. Epidemiology 1991;1:16-25.
- 20.-Arriola Manchola E, Gonzalez Larreina R, Olazabal Martinez T. Orientaciones sanitarias para personas mayores. San Sebastian: Ediciones de la Fundación Cultural "Caja de Guipuzcoa", 1988.
- 21.-Beauvoir S. La vejez. Barcelona: Edhasa, 1983:675-676.
- 22.-Comfort A. El goce del sexo. Barcelona: Publicaciones Reunidas, 1977:213-214.
- 23.-Comfort A. El placer de amar. Barcelona: Ed Blume, 1980:213-215.
- 24.-Thienhaus OJ. Revisión Práctica de la función sexual en la tercera edad. Modern Geriatrics(Ed Española) 1991;1:25-28.
- 25.- Shephard RJ. Ejercicio, envejecimiento y autonomía. Modern Geriatrics. 1993;5(9):336-339.
- 26.- Florez Lozano JA. Papel del ejercicio físico en el anciano. JANO.1997; 1203:58-63.

- 27.-Marcos Becerro JF. Los problemas del envejecimiento. La actividad física como solución a algunos de ellos.I-II-III.Tribuna Médica 1983;973(30-32),974 (16-18),975(37-39).
- 28.- Lowenthal DT et al. Effects of exercise on age and disease. South Med J. 1994;87(5):S5-12.
- 29.- Tseng BS, Marsh DR, Hamilton MT, Booth FW. Strength and aerobic training attenuate muscle wasting and improve resistance to the development of disability with aging. J Gerontol. 1995;50(Spec No):113-119.
- 30.-Vellas B, Delgado Rabadá A, Dueso Parache A. Alvarede JL. Prevención de las caídas en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1987;2:111-120.
- 31.- Lazaro del Nogal M. Inestabilidad y caídas. En Grandes Síndromes Geriátricas. 1995. 2\_ Unidad Didáctica:29-35.
- 32.-Fernández Ballesteros R, Souto Diez E, González Sanchez LC,Izal Fernández MU, Díaz Deiga P. Indicadores de salud en ancianos institucionalizados. Rev Esp Geriatr Gerontol 1986;2:113-117.
- 33.-Robbins AS. Protección del anciano frente a la hipotermia y el golpe de calor. Modern Geriatrics(Ed. Española) 1989;9:324-328.
- 34.-Fox RH, Woodward PM, Exton-Smith AN et al. Body temperatures in the elderly. A national study of physiological, social and environmental conditions. Br Med J 1975;1:200-206.
- 35.-Gurgui M, Rabella N. Antivíricos de utilización clínica. Jano 1991;XLI:31-42.
- 36.-Plaza Montero J. Vacunación contra el tétanos. Profilaxis del tétanos en las heridas. Jano 1987;XXXIII:41-42.
- 37.-Genesca Ferrer J, Esteban Mur. Vacunación contra la hepatitis B. Profilaxis de la hepatitis B post-exposición. Jano 1987;XXXIII:58-63.
- 38.-Eddleston A.Vacunas modernas.Hepatitis. Lancet (Ed. Española) 1990;4:234-237.
- 39.-Schoenbaum SC. Immunization. En: Gleckmann RA, Gantz NM. Infections in the elderly. Boston:Little Brown, 1983;63-71.

- 40.-Jahnigen DW, La Force FM. Problemes Divers. En: Schrier RW. Manuel de medecine interne au sujet âgé. Paris:Ed.Masson, 1986;283-294.
- 41.-Salleras Sanmarti L. Vacunación de las infecciones neumococicas. Jano 1981;491:89-92.
- 42.-Pahissa Berga A. Vacunación antineumocócica. Tema pendiente de nuestra sanidad. Med Clin(Barc) 1991;96:499-501.
- 43.-Gonzalez Quintela A, Vidal Pan C.Gripe. En: Martín Martín F. Medicina Interna en el paciente geriátrico. Madrid:Ed. SANED SA.1989;XII:134-139.
- 44.-Vidal Tort J, Pumarola T. Vacunacion contra la gripe. Jano 1987;XXXIII:79-80.
- 45.-Ershler WB. Vacunación antigripal en el anciano.\_Podemos mejorar su eficacia?. Modern Geriatrics(Ed. Española)1989;1:253-257.
- 46.- Perez Trallero E, Cilla Eguiluz G, Montes Ros M. Inf Ter Sist Nac Salud 1993;17:163-180.
- 47.-Asociación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades del Metabolismo Oseo (AHOEMO). Sociedad Española de Investigación ósea y metabolismo mineral (SEIOMM). Estudio de la densidad ósea de la población española. JANO 1993;1020:25.
- 48.- Wielen RPJ et al. Serum vitamin D concentrations among elderly people in Europe. Lancet.1995;346:207-210.
- 49.- Quesada Gomez J. Alonso J. Jans I. Bovillon R. Metabolismo de la vitamina D en ancianos. Evidencia de síntesis adecuada de 1,25 (OH)2D3. Rev Clin Esp. 1989; 185: 436-439.
- 50.-Farrerons Minguella J. Fisiopatología y tratamiento de la osteoporosis. En Rubies Prat J, Casademont Vilaseca M. Curso de Perfeccionamiento Profesional. Reumatología. Barcelona. Edita Fundacion Promedic-Promoción Medica.1994;4:12-14.
- 51.-Silagy CA, McNeil JJ, Bulpitt CJ, Donnan GA, Tonkin AM, Worsam B. Rationale for a primary prevention study using low-dose aspirin to prevent coronary and cerebrovascular disease in the elderly. J Am Geriatr Soc 1991;5:484-491.

- 52.-Dalen JE, Goldberg RJ. Prophylactic aspirin and the elderly population. En: Omenn GS. Health promotion and disease prevention. Philadelphia: WB Saunders,1992;1:119-126. Clinics in Geriatric Medicine; vol 8.
- 53.- Juul-Moller S et al. Ensayo a doble ciego de la aspirina en la prevención primaria del infarto de miocardio en pacientes con angina estable crónica. Lancet. 1993;22(5):257-261.
- 54.-Cairns JA. \_Anticoagulantes orales o aspirina tras el infarto de miocardio? Lancet.1994;343:497-498.
- 55.-Niessen LC, Douglas ChW. Preventive actions for enhancing oral health. En: Omenn GS. Health promotion and disease prevention. Philadelphia: WB Saunders, 1992;1:201-214. Clinics in Geriatric Medicine; vol 8.
- 56.-Izquierdo J, Rodes G. Accidentes de tráfico. Factores de riesgo. Jano, 1.992;1.026:75-83
- 57.-Mayoral MF, Vega JL, Bueno MB, Valentin A. Los conductores mayores: Dificultades en la conducción y estrategias de afrontamiento. Rev Gerontol, 1.993;3:86-94.
- 58.-González Luque JC. Intervención del médico en la prevención del accidente de tráfico. Inf Ter Sist Nac Salud, 1992;16:105-116.
- 59.-Retchin SM. Medical considerations in the older driver. Clinics in Geriatric Medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1.993; 9:2.
- 60.-Hartmann HP. La tercera edad la volante. Tiempos Médicos 1982;215:27-32.
- 61.- Lázaro de Nogal M. Abusos y malos tratos en el anciano. En Ribera Casado JM, Gil gregorio P. Problemas eticos en relación con el paciente anciano. Clinicas Geriatricas. Editores Medicos.Madrid.1995:155-171.
- 62.- Pipek R, Levy Y. Obesidad y arteriosclerosis. Rev Med Univ Navarra. 1996; 40:40-43.
- 63.-Bermejo Pareja F. Estrategias para la prevención y tratamiento de los trastornos de memoria en el anciano. En Tolosa E, Pastor M. Trastornos de la memoria en el anciano. Madrid. Ediciones Diaz de Santos.1993:1-17.

64.-Stiner TJ.Factores de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares en los ancianos. European Journal of Gerontology. Suplemento-Marzo.1992:7-12.

65.- Hachinski V. Preventable senility: A call for action against the vascular dementias. Lancet.1992;340:645-648.

66.- Coté R et al. and the Asymptomatic cervical ruit Study Grup. Lack of effect of Aspirin in asymptomatic patients with carotid bruits and substantial carotid narrowing. Ann Intern Med.1995;123:649-655.

67.-Rodríguez Valverde V, Armona Aquerreta JM, Fernandez Sueiro JL. Osteartrosis. Conceptos Actuaes. En Rubies Prat J, Casademont Vilaseca M. Curso de Perfeccionamiento Profesional. Reumatologia. Barcelona. Edita Fundacion Promedic-Promoción Medica.1994;1:17-20.

68.- Silver AJ. The malnourished older patient: When and how to intervene. Geriatrics.1993;48:70-74.

69.- Fishman P. Malnutrición: signos de alarma fáciles de detectar. Modern Geriatrics. 1995;7(4):128-131.

70.- Levine JM, Totolos E. Pressure ulcers: A strategic plan to prevent and heal them. Geriatrics.1995;50:32-37.

71.- Guerra JL, de Miguel E, Garcia Diaz J. de D. En Gutierrez Rodero F, Garcia diaz JD. Manual de Diagnostico y Terapéutica Medica. Madrid. Abello-MSD.1991:301-310.

72.- Sainz Samitier R, Arroyo Villarino MT. Profilaxis de la gastropatia por antiinflamatorios no esteroideos. En Arenas JJ, Figueroa M. AINE y Aparato Digestivo. Madrid. Ediciones Ergon.1996:91-104.

73.- Raskin JB, White Rh, Jackson JE, et al. Misoprostol dosage inthe prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastric and duodenal ulcers: A comparison of three regimenes. Ann Intern Med.1995;123(5):344-350.

74.- Henderson VW et al. Estrogen replacement therapy in older women: Comparisons between Alzheimer's disease cases and nondemented control subjects. Arch Neurol 1994;51(9):896-900.

- 75.- Hutt E. La enfermedad cardíaca en las personas mayores. En Vynn Adair O, Havranek EP. Claves en cardiología. Madrid. Mosby/Doyma Libros. 1996:163-166.
- 76.- Baer M, Goldschlager N. Nuevas estrategias terapéuticas en la fibrilación auricular. Modern Geriatrics.1995;7(8):243-249.
- 77.-Feinberg WM et al. Epidemiologic features of asymptomatic cerebral infarction in patients with nonvalvular atrial fibrillation. Arch Intern Med. 1990;150:2340-2344.
- 78.-Kassianos G. Fibrilación auricular: \_tratamiento antiplaquetario o de anticoagulación? Care of the Elderly. 1996;3(1):33-36
- 79.- Dalen JE. Fibrilación auricular: menor riesgo de ictus con anticoagulación a dosis bajas. Geriatrics. 1994;6(9):285-290.
- 80.- EAFT(European Atrial Fibrillation Trial) Study Group. Prevención secundaria en la fibrilación auricular no reumática tras un episodio isquémico neurológico transitorio o ictus menor. Lancet. 1994;24(4):187-195
- 81.- Perez Martin A y cols. Incidencia de complicaciones mayores en viejos que empiezan tratamiento dicumarínico por encima de los 75 años. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1993;28(6):346-349.
- 82.- Pastor Vicente E. Actualización de los principales estudios cooperativos sobre anticoagulación oral en el anciano con fibrilación auricular. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1993;28(6):367-371.
- 83.- Langer RD, Barrett-Connor E. Extended hormone replacement: Who should get it, and for how long?. Geriatrics.1994;49:20-29.
- 84.- Thun MJ et al. Risk factors for fatal colon cancer in a large prospective study. J Natl Cancer Inst.1992;84(19):1491-1499.
- 85.- Thun MJ et al. Aspirine use and risk of fatal cancer. Cancer Res.1993;1322-1327.
- 85.- Suh O, Mettlin C, Petrelli NJ. Aspirine use, cancer, and polyps of the large bowel. Cancer.1993;72(4):1171-1177.
- 86.- Nelson C. Aspirin prevention update: new data on lung and colon cancers. J Natl Cancer Inst.1995;87(8):567-569.

- 87.- Giovannucci E et al. Aspirin and the risk of colorectal cancer in women. *N Engl J Med.*1995;333(10):609-614.
- 88.- Goldberg Y. Aspirin and colon cancer. *N Engl J Med.*1996;334(12):800-801.
- 89.- Shiff SJ, Qiao L, Tsai LL, Rigas B. Sulindac sulfide, an aspirin-like compound, inhibits proliferation, causes cell cycle quiescence, and induces apoptosis in HT-29 colon adenocarcinoma cells. *J Clin Invest.*1995;96:491-503.
- 90.- Greenberg ER, Baron JA, Freeman DH, Mandel JS, Haile MR. Reduced risk of large bowel adenomas among aspirin users. *J Natl Cancer Inst.*1993;85(11): 912-916
- 91.- Baron JA, Greenberg ER. Could aspirin really prevent colon cancer?. *N Engl J Med.*1991;325(23):1644-1645.
- 92.- Jimenez Herrero F. Preparación y adaptación a la jubilación. *rev Esp Geriatr Gerontol.* 1995;30(NM.1):81-88.
- 93.-García Paez JM, Martín Martín F.Medicina Preventiva.En: Martín Martín F.Medicina interna en el paciente geriátrico.Madrid:Edita Saned SA , 1989;I:72-89.
- 94.-Wolf-Klein G. Exámenes de rutina en el anciano:\_Cuales debemos hacer?. *Modern Geriatrics*(Ed. Española) 1990;2:183-188.
- 95.- Lobo A, Monton C, Campos R, García-Campayo J, Pérez Echeverría MJ y el GZEMPP. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento E.A.D.G. Ediciones Luzán.1994
- 96.-Casas Rodríguez J, Marquet Palomer R, Grifell Martín E, Benet Martí JM, Cortes Vargas P, Lucas A, Coscolluela C.Hormona tirotrópica en la población adulta demandante de un centro de atención primaria. *Med. Clin(Barc)* 1990;3:89-91.
- 97.-Heikoff LE, Luxenberg J, Feigenbaum LZ. Low yield of screening for Hypothyroidism in healthy elderly. *J Am Geriatr Soc* 1984;Agosto:616-617.
- 98.-Santamaria Ortiz J. Hipotiroidismo en el anciano. *Geriatrka* 1991;3:46-51.



- 99.-Hurley JR. Enfermedades tiroideas en el anciano. Clínicas Médicas de Norteamérica(Ed. Española). Madrid: Ed. Interamericana. 1983.
- 100.-Slovick DM. Hyperthyroidism-hypothyroidism.En: Walshe TM. Manual of clinical problems in geriatric medicine. Boston: Little Brown,1985.
- 101.-Exton-Smith AN, Overstall PW. Geriatrics. Lancaster: MTP Press,1979.
- 102.-García Moran JI. Uso de psicofármacos en una residencia geriátrica: experiencia de un año. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1990;2:65-68.
- 103.- Peck CI, King NJ. Increasing patient compliance with prescriptions. JAMA. 1982;248(21):2874-2877.
- 104.-INSERSO. Dirección Provincial de Guipuzcoa.Estudio sobre el colectivo atendido en los centros de tercera edad del Insero. San Sebastian: INSERSO,1986.
- 105.- Sloan RW. Practical geriatric therapeutics.En Oradel Nj. Medical Economics Books.1986;39-50.
- 106.-Fletcher SW. Examen periodico de salud. En: Dornbrand L, Hoole DJ, Fletcher RH, Pickard CG. Manual de Medicina Ambulatoria. Barcelona: Salvat Editores,1987:599-602.
- 107.-Guillen Llera F, Luque Otero H, Ribera Casado JM, Ortega R. Cabalgamos. ECEHA Actualidad.1993;2:1
- 108.-Arriola Manchola E. ECEHA. Resultados preliminares en Guipúzcoa. Libro de Ponencias 1. V Curso de Geriátria "Ciudad de San Sebastian".1993:91-109.
- 109.-Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Fifth Report of the National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Arch Intern Med 1993;153:154-183.
- 110.- Amery A, Birkenhager W, Brisco P et al. "Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly Trial". Lancet, 1985, 1:1351-1354.

111.- Amery B, Hansson L, Lindholm L et al. "Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old patients with Hypertensión". (STOP Hypertension). Lancet, 1991; 338:1281-1285.

112.- McFate Smith W. "Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). A multicenter study". Epidemiology News Letter, 1981, 312:18

113.- SHEP COOPERATIVE RESEARCH GROUP. "Prevention of Stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final Results of the systolic hypertension in the elderly program (SHEP)". JAMA. 1991; 265:3255-3264.

114.-Manzano Arroyo P. Diabetes Mellitus. En Martin Martin F. Medicina Interna en el Paciente Geriátrico. Madrid: SANED, 1989;1:114-140.

115.- Hazzard WR. Dyslipoproteinemia in the elderly. Should be treated? En: Omenn GS. Health promotion and disease prevention. Philadelphia: WB Saunders, 1992;2:89-102. Clinics in Geriatric Medicine; vol 8.

116.- Millán Núñez-Cortés J, Mangas Rojas A, Lorenzo Peñuelas A. Factores de riesgo vascular en el anciano. En: Merino J. Factores de riesgo vacular. Clínicas Españolas en Medicina Interna. Madrid: ELA, 1993;1:189-202.

117.-De Guzman Perez D, Moreno Rodriguez S, Solera Santos J, Ortiz Martinez T. Reacción de Mantoux positivo y riesgo de conversión en ancianos institucionalizados. Estudio prospectivo de 29 meses. Rev Esp Geriatr Gerontol 1987;2:273-75.

118.-Skarin A. Cancer in the elderly. En: Walshe TM. Manual of clinical problems in geriatric medicine. Boston: Little Brown,1985.

119.-Chopra S, Curtis L. Colonic and rectal carcinoma. En: Walhse TM. Manual of clinical problems in geriatric medicine. Boston:Little Brown,1985.

120.-Skarin A. Skin cancer. En: Walshe TM. Manual of clinical problems in geriatric medicine. Boston: Little Brown, 1985.

121.-Fentiman IS, Tirelli J, Monfardini M, Schneider M, Festen J, Cognetti F, Adpro MS. El cáncer en el anciano: \_Porqué está tan mal tratado?. Lancet(Ed Española) 1990;17:181-183.

122.-Tirelli M, Adpro M, Obrist R, Festen J, Schneider M, Fentiman I, Monfardini S. Tratamiento del cáncer y ancianidad.Lancet (Ed Española) 1991;19:370-371.

123.- Noe CA, Barry PP. Healthy aging: Guidelines for cancer screening and immunizations. Geriatrics.1996;51:75-83.

124.-Miller AB, Chamberlain J, Day NE, Hakama M, Prorok PC. Report on a workshop of the UICC project on evaluation of screening for cancer. Int J Cancer 1990;5:761-769.

125.-Miller AB. Breast cancer screening: Who should be included? J Gen Intern Med 1990;5:519-522.

126.- Oddone EZ, Feussner JR, Cohen HJ. Can screening older patients for cancer save lives. En: Omenn GS. Health promotion and disease prevention.Philadelphia: WB Saunders, 1992;1:51-67. Clinics in Geriatric Medicine; vol 8.

127.-Isa Kroon WA, Sanchez de la Muela PL, Berian Polo JM. Antígeno prostático específico : Utilidad en la práctica clínica.Med Clin(Barc) 1992;98:345-347.

128.- Small EJ. Prostate cancer: Who to screen and what the results mean. Geriatrics.1993;48:28-38.

129.-Kalloo AN, Benjamin SB. Sigmoidoscopia fibróptica flexible sistemática en la detección de alteraciones colorectales.Jano 1990;XXXVIII:1249-1252.

130.-Solé J, Rodés G, González M. Factores de riesgo oncológico. JANO 1992;1016:47-51.

131.-Bruckstein AH. Actualización sobre el cáncer colorectal. Factores de riesgo , diagnóstico y tratamiento. Jano 1991; XL:477-480.

132.-Paul C, Bagshaw S, Bonita R, Durham G, Fitzgerald NW, Jones RW et al. 1991 cervical screening recommendations: a working group report. NZ Med J 1991;104:291-295.

133.-Gabinete de Estudios Sociologicos Bernard Krieff y Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia. El médico y la tercera edad.Libro Blanco. Madrid:Laboratorios Beechan,1986.

134.- Carter TL. Cambios en la visión relacionados con el envejecimiento. Modern Geriatrics.1995;7(3):87-92.

135.- Weinstein BE. Age-related hearing loss: How to screen for it, and when to intervene. *Geriatrics*.1994;49:40-45.

136.-Caballero García FJ, Caballero García JC, Espina Gayubo FJ, González Sanz A, Goicoechea Boyero J. Estado de salud oral en ancianos institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990;4:198-202.

137.-Garcillan Izquierdo R, Rioboo García R. Prevención bucodental en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31(2):95-105

138.-Nordin BEC, Need Ag, Chatterton BE, Horowitz M, Gleghorn AB. Estudio sistemático de la densidad ósea en la osteoporosis. *Lancet* 1991;18:251.

139.-Lindsay R. Osteoporosis: prevención y tratamiento. *Modern Geriatrics*(Ed. Española) 1989;1:284-287.

140.-Bellatoni MF, Blackman MR. Osteoporosis: Diagnóstico precoz y su papel en la medicina actual.*Modern Geriatrics*(Ed. Española) 1989;1:23-27.

141.-Paganini-Hill A, Chao A, Ross RK, Henderson BE. Exercise and other factors in the prevention of hip fracture: The Leisure World Study. *Epidemiology* 1991;1:16-25.

142.-Horne A, Blazer DG. The preventive of major depression in the elderly. En: Omenn GS. Health promotion ana disease prevention. Philadelphia: WB Saunders, 1992;1:159-172.*Clinics in Geriatric Medicine*; vol 8.

143.-Blazer DG. Síndromes depresivos en geriatría. Barcelona.Ediciones Doyma, 1984.

144.-Rouner BW, German PS, Brant LJ, Clark R, Burton L, Folstein MF. Depression and mortality in nursing homes. *JAMA* 1991;8:993-996.

145.-Haggerty JH, Gonden RN, Evans AL, Janowsky DS. Diagnóstico diferencial de la pseudodemencia en el anciano. *Modern Geriatrics* (Ed. Española) 1989;1:68-74.

146.-Pelegrin C, De Leon J, Fernandez JM. Depresion en el ictus. *Rev Esp Neurol*. 1989;7:485-493.

- 147.-Brock CD, Simipsor WM. \_Demencia, depresion ó reaccion de duelo?.Diagnostico diferencial. Modern Geriatrics (Ed. Española) 1991;3:78-83.
- 148.-Sánchez Perruca L, Abril García A, Moreno Sarmiento A, Martin Del Moral M, Civeira Murillo JM. Estudio epidemiológico y clínico del síndrome depresivo en la edad geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol 1988;1:13-17.
- 149.- The Consensus trial study group. N Engl J Med 1987;316:1429-1435.
- 150.- The SOLUD investigators. Am J Cardiol 1990;66:315-322
- 151.- Pfeffer MA, Brauwald E, Moué LA et al. N Eng J Med 1992;327:669-677
- 152.- Ros Rahola E. Litiasis biliar. En Diaz Rubio M. Gastroenterologia-II. Madrid. Edita Intersistemas.1991:325-348.
- 153.- Paris BE, Meier De, Goldstein T, Weiss M, Fein ED. Elder abuse and neglect: How to recognize warning signs and intervene. Geriatrics.1995;50:47-51.
- 154.- Larrión Zugasti JL, Paúl Ochotorena J. El síndrome del anciano maltratado. Med Clin. 1994;102:216-219.
- 155.-Lazaro del Nogal M. Abusos y agresiones sexuales en los ancianos. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1995;NM 2:43-47.
- 156.- Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. N Engl J Med 1995;332:437-443.
- 157.-Schoenberg BS, Kokmen E, Okazaki H. Alzheimer's disease and other dementing illnesses in a defined United States population: incidence rates and clinical features. Ann Neurol 1987;22:724-729.
- 158.-Pfefer RI, Afifi AA, Chance JM. Prevalence of Alzheimer's disease in a retirement community. Am J Epidemiol 1987;125:420-436.
- 159.-Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS. Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons higher than previously reported. JAMA 1989;262:2551-2556.

- 160.-Alvarez de Arcaya M, Calvo Aguirre JJ, Arriola Manchola E, García García F, Larrión Zugasti JC, Echeverría Santamaría I. Documentos de bienestar social-9. Política geriátrica extrahospitalaria. Vitoria: Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1988:9-45.
- 161.-Vellas B, Delgado Rabadá A, Dueso Parache A. Alvarede JL. Prevención de las caídas en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1987;2:111-120.
- 162.-Redford JB. Prevención de las caídas en los ancianos. Tiempos Médicos, 1991;432:6-14.
- 163.-Gonzalez Montalvo Ji, Alarcón Alarcón MT, Salgado Alba A. Medicina preventiva en las personas mayores. Medicine. 1995;6(87):3854-3861.
- 164.- Peiró Moreno S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. Med Clin. 1994;103:65-71.
- 165.- Executive Committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. JAMA. 1995;273(18):1421-1428.
- 166.- Lauder W. Health promotion in the elderly. BJN. 1993;2(8):401-404.
- 167- Pinch WJ. Health promotion and the elderly. NSNA/IMPRINT. 1993;Feb-March:83-85.
- 168.- Posner BM, Saffel-Shrier S, Dwier J, Franz RM. Position of The American Dietetic Association: Nutrition, aging, and the continuum of health care. JA Diet A. 1993;93(1):80-82.
- 169.- Rosenberg IH. Keys to a longer, healthier, more vital life. Nutr Reviews. 1994;52(8):S50-S51
- 170.- Johnson K, Kligman EW. Nutrición preventiva. La dieta "óptima" para el anciano sano. Modern Geriatrics. 1993;5(2):70-73.
- 171.- Shephard RJ. The scientific basis of prescribing for the very old. J Am Geriatr Soc. 1990;38:62-70.
- 172.- Hazzard RW. Editorial. Weight control and exercise. Cardinal Features of Successful Preventive Gerontology. JAMA. 1995;274(24):1964-1965.

- 173.- Kligman EW. Preventive geriatrics: Basic principles for primary care phisicians. *Geriatrics*.1992;47(7):39-50.
- 174.- Ettinger WH et al. Causas auto-referidas de incapacidad física en personas ancianas: The Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc*. 1994;42(10):1035-1044.
- 175.- Boulton C et al. Procesos cronicos que provocan limitaciones funcionales en los ancianos. *Journal of Gerontology*. 1994;49(1):28-36.
- 176.- Chasco Perramon C. Malos tratos en el anciano. *Geriatrka*. 1996; 12(4): 51-52.
- 177.- Garay Lillo J. Calidad de vida. *Geriatrka*.1996;12(4):35-43.
- 178.- Ribera Casado JM, Lazaro del Nogal M. Lipidos y vejez. *Medicine*.1992;6: 55-62.
- 179.- Perez Gomez F. Tratamiento antitrombotico de la fibrilacion auricular en geriatría. *Modern Geriatrics*(Ed. española).1996;8(10):283-285.
- 180.- O'Connell JE, Gray CS. Atrial fibrillation and stroke prevention in the community. *Age Ageing*.1996;25:307-309.
- 181.- Departamento de Sanidad. Programa para el control de la tuberculosis en la Comunidad Autonoma del Pais Vasco. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 1.994
- 182- Martinez Moragón E, Cordero Rodriguez P. Estado actual de la prevención de la tuberculosis: quimioprofilaxis y vacunación BCG. *JANO*. 1995;1113:55-60.
- 183.- Robinson D, Friedman L, Marcus R, Tinklenberg J, Yesavage J. Estrogen replacement therapy and memory in older women. *JAGS*.1994;42:919-922.
- 184.-Paganini-Hill A, Henderson VW. Estrogen deficiency and risk of Alzheimer's disease in women. *Am J Epidemiol*.1994;140(3):256-261.
- 185.- Tang MX et al. Effect of oestrogen during menopause on risk and age at onset of Alzheimer's disease. *Lancet*.1996;348:429-432.

186.- Brenner DE et al. Postmenopausal estrogen replacement therapy and the risk of Alzheimer's disease: A population-based case-control study. *Am J Epidemiol.* 1994; 140(3): 262-267.

187.- Mitra I. Breast screening: the case for physical examination without mammography. *Lancet.* 1994;343:342-344.

188.- Kattlove H, Liberati A, Keeler E, Brook RH. Benefits and costs of screening and treatment for early breast cancer. *JAMA.* 1995;273(2):142-148.

189.- Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. *JAMA.* 1995;273(2):149-154.

190.- Colditz GA. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med.* 1995;332(24):1589-1993.

191.- Fiatarone MA. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med.* 1994;330(25):1769-1775.

192.- Pascual Torres D. Diagnóstico precoz del cancer colorectal. *FOMECO.* 1997; 5(1):18-30.

193.- Rodriguez Agulló JL, Lopez Alonso G. Tratamiento de las hepatitis virales crónicas: presente y futuro. En Portugal Alvarez J, Diaz-Rubio M. *Perspectivas en Medicina Interna.* Editorial Medica Panamericana. Madrid. 1996:93-122.

194.- Vilaseca Canals J. Menopausia, estrógenos y cardiopatía isquémica. *JANO.* 1996; 1193:32.

195.- Burger HG. Manejo de la menopausia. \_Es todo cuesta abajo a partir de ahora?. *DIMECO.* 1996:13-20.

196.- Taha AS, Hudson N, Hawkey CJ et al. Famotidine for the prevention of gastric and duodenal ulcers caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs. *N Engl J Med.* 1996;334:1435-1439.

197.- Alvarez-Dardet C, Ruiz MT. Esperanza de vida, de igualdad y de capacidad. *Med Clin.* 1993;100 Supl 1:20-22.

198.- Engels F. Health:1844. En Black N, Broswell D, Gray A, Murphy S, Popay I. editores. *Health and Disease. A reader.* Milton Keynes: Open University Press, 1984;61-65.



- 199.- Wiseman EJ, Souder E. Cómo evaluar al conductor anciano. *Modern Geriatrics* 1997;4:95-99.
- 200.- Galeano Arboleya R y cols. Estudio de la incidencia de deterioro funcional secundario a la hospitalización del anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;2:69-73.
- 201.- Cortés Rubio JA y cols. \_Cual es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria?. *Atención Primaria* 1996;18(6):327-330.
- 202.- Cid Sanz M. Editorial. Consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el anciano. *Modern Geriatrics*. 1997;9(3):61-62.
- 203.- Butler NB: Depresión tardía: un diagnóstico difícil. *Modern Geriatrics*.1997;9(6): 159-162.
- 204.- Guralnik JM, Kaplan GA. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study. *Am J Public Health* 1989;79:703-708.
- 205.- Roos NP, Havens B. Predictors of succesfull aging: a twelwe-year study of Manitova elderly. *Am J Public Health*. 1991;81:63-68.
- 206.- Berkman LF et al. High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: findings from the Mac Arthur foundation research network on succesfull aging. *J Clin Epidemiol*. 1993;46:1129-1140.
- 207.- Vellas BJ et al. Étude descriptive d'une population de 394 persones âgées viellissant avec succès. *L'Année Gérontologique*. 1993;7:379-395.
- 207.- Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successfull aging: predictors and associated activities. *Am J Epidemiol*. 1996;144:135-141.
- 208.- Garry PJ et al. Nutritional status in healthy elderly popylation: dietary and supplemental intake. *Am J Clin Nutr*. 1982;32:319-331.
- 209.- Hawkey CJ et al. Lower frequency of gastroduodenal ulcers and erosions and dyspeptic symptoms in NSAID users during maintenance with omeprazole compared to ranitidine. *Digestive Disease Week*.1996,May 19-22,529A.

- 210.- Toledo Ugarte T. Fármacos inhibidores de la función plaquetaria. *Medicine*. 1996; 7(33):1458-1466.
- 211.- Creditor MC. Hazards of Hospitalization of the Elderly. *Ann Intern Med*.1993; 118:219-223.
- 212.- Grabenstein JD. Status and future of vaccines for adults. *Am J Health-Syst Pharm*.1997;54:379-387
- 213.-Mcclennan Reece S. Preventing influenza and its complications: a public health initiative for the year 2000.*Nurse Practitioner*.1995;20(9):32-44.
- 214.- Silagy CA et al. The Pace Pilot Study: 12-month results and implications for future primary prevention trials in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:643-647.
- 215.- Chapuy MC y cols. Calcio y vitamina D3 en la prevención de las fracturas de cadera en las mujeres ancianas. *N Engl J Med*. 1992;327:1637-1642.
- 216.- Paganini-Hill A, Henderson VW. Estrogen replacement therapy and risk of Alzheimer disease. *Arch Intern Med*.1996;156:2213-2217.
- 217.- McMurdo MET, Mole PA, Paterson CR. Controlled trial of weight bearing exercise in older women in relation to bone density and falls. *BMJ*.1997;314: 569.
- 218.- Smalley WE, Ray WA, Daugherty JR, Griffin MR. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the incidence of hospitalizations for peptic ulcer disease in elderly persons. *Am J Epidemiol*. 1995;141:539-545.
- 219.- Coley CM, Barry MJ, Fleming C, Mulley AG. Early detection of prostate cancer. Part I: Prior probability and effectiveness of tests. *Ann Intern Med*. 1997;126(5):394-406.
- 220.- Oesterling JE et al. Serum prostate-specific antigen in a community-based population of healthy men. Establishment of age-specific reference ranges. *JAMA*.1993;270(7):860-864.
- 221.- Burke MM. Motor vehicle injury prevention for older adults. *Nurse Practitioner*.1994;19(2):26-28.

222.- Orero A, Marín MT, Rodríguez ML, Gonzalez J. Calidad de vida, calidad de tratamiento. JANO.1996;1176:61-66.

223.- Monton C y cols. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria. 1993;12(6):345-349.

224.- Filella X, Molina R, Ballesta AM. Antígeno prostático específico: su utilidad en el diagnóstico y seguimiento del cáncer de próstata. JANO.1997; 1218:68-70.

225.-Patterson C, Chambers LW. Preventive health care. LANCET.1995;345:1611-1615.

226.- Moore AA et al. Preventive health attitudes and practies of elderly persons attending seniors centers. Rhode Island Medicine.1995;78:115-17.

227.- Omenn GS. Prevention policy: Perspectives on the critical interaction between research and policy. Prev Med.1994;23:612-617.

228.- Schweitzer SO et al. Health promotion and disease prevention for older adults: opportunity for change or preaching to the converted?. Am J Prev Med.1994;10(4): 223-229.

229.- Bagnoud FX. Health and human rights. BMJ;312:924-925.

230.- Gleich GS. Health maintenance and prevention in the elderly. Prevention in practice. Primary Care.1995;22(4):697-711.

231.- Gershman K, Nielsen C. Prevention and screening in the nursing home. Prevention in practice. Primary Care. 1995;22(4):731-753.

232.- Fletcher A. Screening for cancer of the cervix in elderly women. Lancet.1990;335:97

233.- Lachs MS, Fulmer T. Diagnóstico de maltrato y abandono. En Cuidados de urgencia. Clínicas de Medicina Geriatrica.1993;3:751-762.

234.- Editorials. Health care for older people. JAMA.1996;275(18):1449-1450.

235.- Fujita Y. Avoidance of drug therapy in the elderly. Exercise as a preventative prescription. Drugs & Aging.1995;6(1):1-8.

- 236.- Skoog I et al. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *Lancet*.1996;347:1141-1145.
- 237.- European Atrial Fibrillation Trial Study Group. Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischaemic attack or minor stroke. *Lancet*.1993;342:1255-1262.
- 238.- Lin HJ et al. Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study. *Stroke*.1996;27:1760-1764.
- 239.- Gayán Laviña R y cols. Fibrilación auricular no reumática y tratamiento antitrombótico: estado actual. *Rev Clin Esp*.1995;195(8):559-564.
- 240.- European Atrial Fibrillation Trial Study Group. Optimal oral anticoagulant therapy in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and recent cerebral ischemia. *N Engl J Med*.1995;333(1):5-10.
- 241.- Alvarez Sabin J. Etiología y factores de riesgo del infarto cerebral. *Rev Clin Esp*.1996;196(monografico-3):3-5.
- 242.- Ekström P et al. Prevention of peptic ulcer and dyspeptic symptoms with omeprazol in patients receiving continuous non-steroidal anti-inflammatory drug therapy. *Scand J Gastroenterol*.1996;31:753-758.
- 243.- Zec RF. The neuropsychology of aging. *Experimental Gerontology*.1995; 30(3/4):431-442.

**TABLAS**

TABLA 1 Contraindicaciones absolutas al ejercicio físico

- Procesos infecciosos ó inflamatorios agudos (temporal).
- Procesos tumorales malignos.
- Patología crónica muy evolucionada e invalidante (insuficiencia cardiaca , respiratoria , hepática , renal...).
- Insuficiencia coronaria grave (afectación de los tres vasos).
- Angina de pecho , cuando se presenta al realizar un trabajo de menos de 50 W.
- Infarto de miocardio de menos de tres meses de evolución.
- Cor pulmonale crónico.
- OCFA con hipoxia al ejercicio.
- Aneurisma ventricular o aórtico.
- Arritmias (extrasistolia ventricular que aumenta con el ejercicio físico , bloqueo de 2º o 3º grado , enfermedad de Wolff-Parkinson-White , flutter o fibrilación auricular no controlada).
- Alteraciones metabólicas no controladas(diabetes , hipertiroidismo , insuficiencia suprarrenal).
- Embolismos pulmonares o sistémicos recientes.
- HTA no controlada.
- Hernias abdominales grandes.
- Alteraciones del equilibrio

## **TABLA 2 Contraindicaciones relativas al ejercicio físico**

- Enfermedades vasculares compensadas.
- Arritmias que no empeoran con el ejercicio.
- Asma inducido por el ejercicio.
- Bloqueo completo de rama izquierda.
- Marcapasos endocavitario.
- Varices graves con historia previa de tromboflebitis.
- Anemia con menos de 7 gramos de hemoglobina.
- Alteraciones neuromusculares o artritis u osteítis deformante.
- Isquemia cerebral transitoria reciente.
- Obesidad severa.
- Toma de betabloqueantes.

**TABLA 3 Indicaciones de quimioprofilaxis de la tuberculosis.(181,182)**

- Convertores o virajes tuberculínicos.
- Portadores de lesiones residuales estables
- Infectados por VIH
- Personal con riesgo especial:
  - \* Miembros de familias con microepidemias (2 ó 3 casos de TBC).
  - \* Usuarios de drogas por vía parenteral.
  - \* Silicóticos.
  - \* Personal sanitario con riesgo especial.
- Infectados con riesgo individual por encontrarse en algunas de las siguientes situaciones
  - \* Diabetes insulino dependiente.
  - \* Enfermedad inmunodepresora: Síndrome de malabsorción, gastrectomía, by-pass intestinal, cáncer o enfermedad linfática, desnutrición.
  - \* Terapia inmunodepresora.
  - \* Alcoholismo.
  - \* Hemodializados.

**TABLA 4 Precauciones a la quimioprofilaxis de la tuberculosis.(8)**

- \* Excluir a los pacientes bacteriológicamente positivos.
- \* Excluir los pacientes tratados previamente con isoniacida de forma adecuada.
- \* Excluir los pacientes con:
  - Historia de hepatitis por isoniacida.
  - Historia de reacciones indeseables a isoniacidas ó a fármacos similares (difenilhidantoinas).
  - Hepatitis aguda ó enfermedad hepática activa.-
  - HBSAg(+),sólo si esta circunstancia está asociada a enfermedad hepática crónica.
- \* Identificar los pacientes que exigen mayores precauciones o controles por:
  - Interacción con otras drogas(hepatotóxicas), ó uso de alcohol frecuentemente.
  - Existencia de neuropatía periférica(alcohólica ó diabética).



**TABLA 5 Métodos para aumentar la eficacia de la vacuna antigripal(34,44)**

a/ Se ha comprobado que el aumento de la dosis de antígeno(Ag) no provoca aumento de la toxicidad ni de los efectos secundarios.

b/ Asociarlo a RU4170(una glicoproteína de Klebsiella pneumoniae) ó a toxoide diftérico.Ambas estrategias aumentan niveles de anticuerpos(Ac).

c/ Asociarlo a TIMOSINA ALFA1(TA1).Se ha comprobado que aumenta significativamente la respuesta de Ac a la vacuna.

**TABLA 6 Factores comúnmente asociados con la osteopenia(50)**

**\* Genéticos:**

- Raza blanca y amarilla. Historia familiar. Delgadez y talla pequeña.

**\* Estilo de vida.**

- Tabaco. Sedentarismo. Nuliparidad. Ejercicio excesivo (causa amenorrea).  
Menopausia precoz. Menarquía tardía.

**\* Nutricionales:**

- Intolerancia a la leche. Dieta pobre en calcio (toda la vida). Dieta vegetariana estricta.  
Exceso de alcohol. Dieta hiperproteica.

**\* Enfermedades:**

- Anorexia nerviosa. Tirotoxicosis. Hiperparatiroidismo. Cushing. Diabetes tipo I.  
Función gastrointestinal y hepatobiliar alterada. Osteogénesis imperfecta  
oculta. Mastocitosis. Artritis reumatoide. Nutrición parenteral prolongada.  
Prolactinoma.

**\* Fármacos:**

- Hormonas tiroideas. Glucocorticoides. Heparina. Litio. Quimioterapia.  
Análogos de la GnRH. Antiepilépticos. Alcalinos.

Algunos fármacos (tetraciclinas, diuréticos productores de calciuria, fenotiazinas y ciclosporina A) son potencialmente osteopenizantes.

**TABLA 7 Factores de riesgo de deterioro cognitivo en el anciano (63)**

- 1.- Nivel educativo bajo.
- 2.- Baja actividad física e intelectual.
- 3.- Edad muy avanzada.
- 4.- Pérdida de agudeza visual ó auditiva.
- 5.- Trastornos afásicos.
- 6.- Estilo de vida (hábitos tóxicos).
- 7.- Aislamiento social.
- 8.- Dependencia en actividades de autocuidado.
- 9.- Enfermedades sistémicas (diabetes, HTA, otras..).
- 10.- Depresión y otras enfermedades psiquiátricas.
- 11.- Ingesta crónica de drogas, alcohol y fármacos psicótrpos.
- 12.- Neurotóxicos (disolventes y anestesia).
- 13.- Enfermedades neurológicas pasadas (TCE) ó presentes (DSTA).

**TABLA 8 Estrategias de prevención del deterioro cognitivo(63,183)**

1./ Mejora del nivel cultural.

2./ Prevención de factores de riesgo ó enfermedades sistémicas ó cerebrales.

\* Hipertensión arterial y factores de riesgo cerebrovascular.

\* Depresión y ansiedad

\* Drogas, alcohol y multimedicación

\* Diversos neurotóxicos y anestesia general repetida.

3./ Mantenimiento de actividad física y social

4./ Estrogenoterapia en mujeres??

**TABLA 9 Prevención de la demencia vascular. Estadios de Hachinski (65)**

**A/ CEREBRO DE RIESGO:**

ANCIANOS.  
HIPERTENSOS.  
FUMADORES.  
DIABETICOS.  
ACXFA.  
CARDIOPATAS.  
ENFERMEDAD ARTERIAL EXTRACRANEAL ASINTOMÁTICA.

**POSIBLES ACTUACIONES**

DEJAR DE FUMAR.  
ENDARTERECTOMIA (si obstrucción > 60%) (165)  
EJERCICIO.  
DIABETES.  
HIPERLIPIDEMIAS Y OBESIDAD.  
SUPLEMENTOS DE POTASIO.  
TERAPIA ESTROGÉNICA.  
ANTIHIPERTENSIVOS.  
ANTICOAGULANTES EN FIBRILACIÓN AURICULAR.  
ASPIRINA PARA PACIENTES DE ALTO RIESGO(\*)

**B/ CEREBRO EN PREDEMENCIA**

ICT.  
ACVA.  
INFARTOS CEREBRALES SILENTES.  
LES

**POSIBLES ACTUACIONES**

ENDARTERECTOMIA.  
ANTICOAGULACIÓN.  
ASPIRINA.  
TIKLOPIDINA.  
AGENTES QUE INTERFIERAN EL DEPOSITO DE AMILOIDE  
BLOQUEADORES DE LA ENTRADA DE CALCIO.

**C/CEREBRO CON DEMENCIA**

ANTIDEPRESIVOS.

ANTIHIPERTENSIVOS.

COLINERGICOS.

FACTORES DE CRECIMIENTO NERVIOSO.

ASPIRINA.

TIKLOPIDINA

\* Efecto poco protector a dosis de 325mg/día en pacientes con estenosis >50% asintomática (66).

**TABLA 10 Osteoartrosis. Factores predisponentes.(67)**

- \* Edad.
- \* Sexo.
- \* Predisposición genética.
- \* Estrés mecánico y uso repetitivo de las articulaciones.\*
- \* Traumatismo articular.\*
- \* Obesidad.\*
- \* Trastornos articulares congénitos y del desarrollo.\*
- \* Enfermedad inflamatoria articular previa.\*

\* Los factores señalados con asterisco son potencialmente evitables o tratables.

**TABLA 11 Factores de riesgo de malnutrición en los ancianos**

<p><b>Cambios fisiológicos relacionados con la edad</b></p> <p>Cambios en la composición del organismo</p> <p>Hipodipsia</p> <p>Disminución del gusto</p> <p>Alteraciones en el control neurohormonal de la alimentación</p> <p><b>Enfermedades</b></p> <p>Enfermedad cerebrovascular</p> <p>Enfermedad de Parkinson</p> <p>EPOC</p> <p>Cáncer</p> <p>SIDA</p> <p>Tuberculosis</p> <p>Miocardiopatías</p> <p>Diabetes</p> <p>Osteoporosis-osteomalacia</p> <p>Déficit de vit B12 o folatos</p> <p>Alcoholismo</p> <p>Insuficiencia renal crónica</p> <p>Malabsorción</p> <p><b>Trastornos psiquiátricos</b></p> <p>Depresión</p> <p>Deterioro cognitivo</p> <p>Distorsión de la imagen corporal</p>	<p><b>Medio ambiente</b></p> <p>Aislamiento</p> <p>Bajos ingresos económicos</p> <p>Soporte social inadecuado</p> <p><b>Medicamentos/tóxicos</b></p> <p>Toxicidad</p> <p>Polifarmacia</p> <p>Interacciones fármaco-alimentos</p> <p>Interacciones fármaco-fármaco</p> <p>Idiosincrasia</p> <p><b>Determinaciones de laboratorio</b></p> <p>Colesterol bajo (&lt;160 mg/dl)</p> <p>Albúmina baja (&lt; 3,5 g/dl)</p> <p>Anemia</p> <p>Pérdida de peso mayor del 10% en 6 meses</p> <p><b>Otros</b></p> <p>Mala higiene bucal o mal estado oral-dental</p> <p>Estreñimiento</p> <p>Deterioro funcional</p> <p>Bajo nivel educacional</p>
---	--





**TABLA 13 Pruebas complementarias de ingreso a los ancianos en instituciones ó residencias**

-ANALÍTICA

SANGRE: VSG	PT Y ALBUMINA
SERIE ROJA	CALCIO-FOSFORO-HIERRO
SERIE BLANCA	TRANSAMINASAS
GLUCOSA	FOSFATASA ALCALINA
COLESTEROL	BILIRUBINAS
TRIGLICERIDOS	UREA-IONES
TSH	PSA

ORINA: ANORMALES Y SEDIMENTO

-RADIOLOGÍA

TORAX: PA Y L.  
ABDOMEN SIMPLE

-ELECTROCARDIOGRAMA

**TABLA 14 Factores de riesgo de indicación de densitometría osea en mujeres postmenopausicas (50)**

**Primarios:**

- Disminuido pico masa ósea: osteoporosis familiar
- Menopausia inducida
- Delgadez constitucional (el tejido adiposo es el mayor productor extragonadal del estrógeno postmenopáusico).

**Secundarios:**

- Déficit del aporte del calcio
- Dieta rica en proteínas de origen animal y/o vegetal, en sodio y fosfatos
- Sedentarismo
- Inmovilización prolongada
- Tabaquismo, ingesta de alcohol
- Fármacos (corticoides, heparina, exceso de hormona tiroidea, anticonvulsivantes).

**TABLA 15 TESTAMENTO VITAL . CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA**

A mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario:

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo y absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe:

.....

pido que si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados, o extraordinarios, que no se me aplique la eutanasia activa, ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posibilidad de sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración.

Fecha:.....

Firma:

## **TABLA 16 ABUSO FÍSICO**

### **Actos de violencia que pueden producir dolor, daño, deterioro o enfermedad**

- \* Empujar, golpear, abofetear o pellizcar
- \* Forzar la alimentación
- \* Posición incorrecta
- \* Uso inadecuado de sujeciones mecánicas o medicamentos
- \* Coacción o abuso sexual (cualquier forma de contacto o exhibición sexual sin el consentimiento de la persona anciana, o cuando la persona es incapaz de dar su consentimiento).

### **Los signos de abuso físico incluyen:**

- \* Hematomas, moraduras, laceraciones, fracturas, quemaduras, marcas de cuerdas.
- \* Hallazgos de laboratorio que indican sobredosis o infradosificación de medicamentos.
- \* Enfermedades venéreas o infecciones genitales no explicadas

**TABLA 17 NEGLIGENCIA FÍSICA**

**Caracterizadas por una incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo funcionamiento o para evitar el daño**

- \* No aplicación de cuidados sanitarios, incluyendo las comidas o hidratación adecuada, terapia física o higiene.
- \* No proporcionar ayudas físicas, como gafas, ayudas auditivas o prótesis dentales. Vestimenta inapropiada
- \* No proporcionar medidas de seguridad

**TABLA 18 ABUSO PSICOLÓGICO**

**Conducta que provoca angustia mental en el anciano**

- \* Censura, acoso o intimidación verbal. Amenazas de abandono o de institucionalización. Amenazas de castigo o privación
- \* Tratar a los ancianos como si fueran niños
- \* Aislar al anciano de la familia, amigos o actividades
- \* Falta de intimidad

**TABLA 19 NEGLIGENCIA PSICOLÓGICA**

**No proporcionar estímulos sociales a un individuo anciano dependiente**

- \* Dejar al anciano solo durante largos periodos de tiempo.
- \* Ignorar al anciano o darle un \_tratamiento de silencio\_
- \* No proporcionarle compañía, cambios en su rutina, noticias o información



**TABLA 20 ABUSO ECONÓMICO O MATERIAL**

**Mal uso de los ingresos o recursos de una persona anciana para ganancia económica o personal del cuidador**

- \* Negar al anciano la vivienda. Ocultar los bienes materiales.
- \* Robarle dinero o posesiones. Mal uso o abuso del dinero.
- \* Coartar al anciano a que firme contratos o asigne poderes notariales a alguien, compra de bienes o cambios en el testamento.

**TABLA 21 NEGLIGENCIA ECONÓMICA O MATERIAL**

**No utilizar los fondos disponibles o recursos necesarios para mantener o restaurar la salud y el bienestar de un anciano**

- \* El paciente recibe unos cuidados subóptimos en su domicilio, a pesar de tener unos recursos económicos adecuados
- \* El paciente parece confuso o desconoce cuál es su situación económica o ha transferido súbitamente bienes a miembros de la familia.
- \* Asignación de la peor habitación de la casa.

**TABLA 22 DETECCIÓN DEL ABUSO DEL ANCIANO. INDICADORES DE MALOS TRATOS**

**Historia**

- \* Patrón de \_ esperanza \_ en el médico o en la hospitalización.
- \* Retraso inexplicado en la búsqueda de tratamiento.
- \* No asistencia a varias citas médicas.
- \* Lesiones previas no explicadas
- \* Explicaciones de lesiones previas inconsistentes con la exploración
- \* Constatación de la existencia de lesiones similares en otras ocasiones.

**Observaciones profesionales**

- \* El paciente parece temeroso de algún miembro de la familia.
- \* El paciente parece reacio a contestar cuando se le pregunta.
- \* El paciente y un miembro de su familia dan explicaciones distintas de un incidente.
- \* Un miembro de la familia está indiferente o enfadado con el paciente y rehúsa proporcionarle la asistencia necesaria.
- \* Falta de cooperación del cuidador.
- \* Antecedentes de frecuentes infecciones urinarias ó fallo cardiaco congestivo.
- \* Ropa inapropiada.
- \* Falta de dispositivos de ayuda (audífono, bastón...).
- \* Micosis en pliegues no conocidas ó falta de higiene.
- \* Un miembro de la familia está excesivamente preocupado con el coste de la asistencia médica.
- \* Un miembro de la familia busca evitar que el paciente hable en privado o abiertamente con los profesionales sanitarios.
- \* Llegada al sistema de urgencias sin el cuidador principal.
- \* Hospitalización repetida por incumplimiento terapéutico sea medicamentoso u otros cuidados médicos.
- \* Un miembro de la familia parece preocupado sobre un problema particular del paciente, pero no sobre su salud global.

Fuente: The Mount Sinai Victim/Services Agency Elder Abuse Project. Elder mistreatment guidelines for healthcare professionals. Detection, assessment, and intervention. New York: Mount Sinai Medical center, 1988 (modificada)