

**2.10. PREVENCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS  
EN GERIATRÍA**

**Isidoro RUIPÉREZ CANTERA**  
Servicio de Geriátría  
Hospital Central de la Cruz Roja  
Madrid

## **INTRODUCCIÓN**

La frecuencia de las diferentes formas de deficiencias, tanto físicas como mentales, tiene una clara relación directa con la edad, son un tributo que con frecuencia hay que pagar por vivir muchos años, aunque en absoluto es obligado que así suceda.

A partir de los 65 años el 25% de las personas tienen algún tipo de limitación, pero normalmente leve ya que tan sólo el 7% han perdido la capacidad para al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD), como es el poder comer, moverse, usar el baño, vestirse y poder ducharse o bañarse. Cuando los datos se refieren a las personas mayores de 80 años, los porcentajes suben a un 80 y 25 respectivamente.

La mayor y gran consecuencia del mal llamado *problema* del envejecimiento, (se llama problema a lo que es consecuencia del desarrollo y bienestar y que para sí querían *padecerlo* gran cantidad de países donde llegar a viejo es un lujo), es la dependencia como consecuencia de esas frecuentes deficiencias. Los problemas sociales y familiares son casi siempre consecuencia de la dependencia; los temores a que se desajusten los presupuestos también son debidos a las necesidades de servicios de los que padecen deficiencias. Los válidos y los sanos no son considerados problema, ni tan siquiera sus modestas pensiones (actualmente estamos asistiendo a una curiosa “competición” sin precedentes de ver quien las aumenta más), pues les permiten cuidar de los nietos, mantener el turismo invernal, etc., todo a un módico coste.

Es, por lo tanto, perfectamente entendible la gran preocupación existente por las deficiencias en una sociedad que envejece. Pero quizás porque el problema es novedoso (el fenómeno actual del envejecimiento no tiene precedentes en la historia de la humanidad), el abordaje se hace mucho más hacia sus consecuencias que hacia sus causas, preocupan mucho más los cuidados y tratamientos de las dependencias que la prevención de las deficiencias.

El presente capítulo tratará de dar algo de luz al importante aspecto de la prevención, pero partiendo de un convencimiento profundo: es mucho lo que se puede prevenir en el tema de las deficiencias en los mayores... y no se está haciendo; es, probablemente, la mayor asignatura pendiente en cuanto a justicia social, y eficiencia en la utilización de los recursos para con dicho grupo de edad.

## **CAUSAS DE DEFICIENCIA**

El CUADRO 1 trata de esquematizar al máximo la gran mayoría de las enfermedades que causan deficiencias.

La osteoartrosis es la enfermedad reumática que con mayor frecuencia causa deficiencia, especialmente cuando afecta a manos, caderas o rodillas.

Dentro de las fracturas es la de cadera la que produce mayores secuelas.

El inmovilismo se puede producir en muy diferentes circunstancias y de muy diferentes formas: no hacer ejercicio físico, no salir de casa, por reposos o encamamientos prolongados o innecesarios, etc.

El accidente cerebrovascular (ACV) es el más importante problema neurológico que produce deficiencias en la motilidad, seguido por la enfermedad de Parkinson.

### **PREVENCIÓN PRIMARIA DE LAS DEFICIENCIAS**

Este nivel de prevención trata de que no aparezca la enfermedad, la deficiencia o la dependencia. Intenta que su incidencia sea menor.

Actuar sobre los factores de riesgo es la mejor forma de hacer prevención primaria. Aunque en la persona mayor ya en muchos casos dichos factores han estado actuando desde bastante tiempo atrás, aún es posible y conveniente intervenir en diferentes circunstancias y disminuir la incidencia de las enfermedades enumeradas en el **CUADRO 1**. Algunos ejemplos significativos son los siguientes:

- Disminuir el número de fracturas. La mayoría de las caderas rotas lo son por simples caídas, que pueden prevenirse en gran parte con programas adecuados: concienciación, disminución de barreras arquitectónicas, evitar ciertos fármacos, etc. Se sabe que evitar caídas es la medida más importante que se puede tomar para luchar contra esta terrible consecuencia por tener los huesos frágiles y osteoporóticos cuando se tienen muchos años.

#### **CUADRO 1: Principales causas de deficiencias**

<ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>ALTERACIONES MOTORAS.</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Articulares (reumatismos).</li><li>• Óseas (fracturas).</li><li>• Musculares (atrofias por inmovilismo).</li><li>• De la motilidad (neurológicas).</li></ul></li><li>2. <u>ALTERACIONES COGNITIVAS.</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Demencia.</li><li>• Depresión.</li></ul></li><li>3. <u>ALTERACIONES SENSORIALES.</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución de la visión.</li><li>• Disminución de la audición.</li></ul></li></ol>
---

- El ejercicio físico es la medida preventiva aislada más importante que se conoce en las personas mayores. Su práctica regular prolonga durante algunos años la vida y hace que ésta sea de más independencia y con menos deficiencias. Ya no es novedad publicar que programas de ejercicio consiguen aumentar la masa muscular en grupos de personas nonagenarias. Si algún medicamento fuera capaz de aportar la mitad de los beneficios que se han descrito con el ejercicio físico, sería objeto de importante fama y reconocimiento mundial. La no práctica de ejercicio físico se ha llegado a comparar en riesgo al tabaquismo o a la hipertensión arterial no controlada.
- Es posible reducir la incidencia de los ACV, algo que ya se ha conseguido en gran parte con un mejor control de la hipertensión arterial. La embolia cerebral de origen cardiaco, habitualmente por fibrilación auricular, es posible reducirla anticoagulando a los que la padecen, lo que no se hace aún en una gran cantidad de casos, especialmente si los pacientes son muy ancianos, por un infundado temor a la utilización de los anticoagulantes.
- Otras actuaciones de prevención primaria que se han mostrado eficaces en las personas mayores, y que en mayor o menor medida pueden tener repercusión en la aparición de deficiencias son: disminuir el consumo de tabaco, moderar el consumo de alcohol, alimentación adecuada, revisiones dentales, vacunaciones (gripe, antitetánica y antineumocócica), control del consumo de medicamentos, prevención de todo tipo de accidentes y revisiones de la visión y audición.

### PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LAS DEFICIENCIAS

La enfermedad, deficiencia o dependencia ya ha aparecido, pero aún no se ha manifestado claramente por lo que se debe hacer su detección precoz, así de esta manera intentar acortar su duración, lo que repercutiría en una disminución de su prevalencia.

Si se tiene en cuenta que los síntomas y signos de muchos problemas de salud se manifiestan en los mayores de forma poco llamativa, y que además es frecuente atribuirlos erróneamente a achaques de la edad, se entenderá la importancia de este nivel de prevención. Por otro lado, en muchos casos dichos problemas van a producir precozmente una deficiencia física y/o mental, pudiendo ser estas reversibles si se busca activamente la causa que las provoca; es muy aconsejable la medición periódica de la función física y mental.

Las pruebas de cribaje más específicas recomendadas a personas mayores son: hipertensión arterial, caídas, polifarmacia, agudeza visual, hipoacusia, cáncer de mama e incontinencia urinaria. No se han demostrado eficientes los chequeos médicos rutinarios.

Un aspecto muy interesante es la detección precoz de problemas causantes de deficiencias en los llamados *ancianos frágiles o de alto riesgo*, en los que se sabe que son especiales candidatos a padecerles, incluso en situaciones aparentemente no peligrosas. Es necesario detectarles, saber donde están, y actuar de forma preventiva según cada caso y priorizando según el tipo y número de factores de fragilidad. En el **CUADRO 2** se exponen los grupos de fragilidad. En el **CUADRO 3** se muestra un cuestionario validado para su detección (Barber), donde una o más respuestas afirmativas o la falta de respuesta al cuestionario sugiere alto riesgo y la necesidad de hacer una valoración más global; los ítems con asterisco son los más discriminativos para una ulterior valoración.

## CUADRO 2: Causas de fragilidad o de alto riesgo (5)

- Mayor de 80 años.
- Vivir solo.
- Viudez menor de un año.
- Cambio de domicilio hace menos de un año.
- Patología crónica que causa incapacidad funcional por:
  - Ictus con secuelas.
  - Infarto de m-ocardio o insuficiencia cardiaca 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 menor de seis meses.
- Toma de más de tres fármacos con efectos secundarios importantes.
- Prescripción en el último mes de: antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes.
- Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses.
- Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes.
- Incapacidad funcional por otras causas (índice de Katz mayor de uno).
- Deterioro cognitivo.
- Situación económica precaria.

## CUADRO 3: Cuestionario de Barber

1. Vive solo.
2. Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda.
3. Hay más de dos días a la semana que no come caliente
4. Necesita de alguien que le ayude a menudo.
5. Su salud le impide salir a la calle\*.
6. Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo\*.
7. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.
8. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal\*.
9. Ha ingresado en el hospital durante el último año.

### **PREVENCIÓN TERCIARIA DE LAS DEFICIENCIAS**

La enfermedad, deficiencia o dependencia ya han surgido, pero aún es mucho lo que se puede hacer para evitar o minimizar sus secuelas. De llevar o no a cabo una intervención eficaz, dependerá en gran medida el futuro y la independencia de la persona e indirectamente de su familia y de su repercusión en la sociedad.

Algunos ejemplos muy significativos, y desgraciadamente frecuentes, de que las cosas son en este aspecto muy mejorables, son los siguientes:

- Deterioros cognitivos etiquetados inadecuadamente de demencia (hasta el 50% en algunas series), con todo lo que ello supone a la hora de tomar decisiones terapéuticas o asistenciales. Con frecuencia son depresiones o estados confusionales que suelen revertir con un adecuado estudio o tratamiento.
- Atrofias musculares y anquilosis articulares que llevan a la gran dependencia, por falta de movilidad precoz durante la fase aguda de las enfermedades, o como consecuencia de una inexistente rehabilitación posterior.
- ACV con secuelas funcionales y con grandes dificultades para poder hacer rehabilitación. ¡A veces incluso se niega el ingreso hospitalario en la fase aguda de la enfermedad!
- Fracturas de cadera intervenidas quirúrgicamente de forma correcta, pero que producen deficiencias permanentes por dificultades insalvables para su recuperación funcional postquirúrgica.
- Déficits sensoriales importantes por cataratas no intervenidas quirúrgicamente, o sorderas no estudiadas o no tratadas por el alto coste de las prótesis auditivas.
- Incontinencias urinarias, una de las principales causas de ingreso en Residencias, y cuyo manejo sintomático cuesta al Insalud decenas de miles de millones de pesetas anuales. Nada habría que objetar si no fuera porque las dos terceras partes de ellas no están mínimamente estudiadas, por lo que es imposible que curen la tercera parte de las que lo hacen cuando las cosas se hacen bien.

### **MOTIVOS DE UNA ATENCIÓN INSUFICIENTE**

Probablemente son múltiples y complejos. Algunos a destacar son los siguientes:

- Ageismo o tendencia a infravalorar, marginar, etc., todo lo referente a la vejez, en este caso a la salud de las personas mayores. Las leyes y normativas hacen un tratamiento correcto del tema, pero las interpretaciones individuales a veces no van en ese sentido.
- Ignorancia y desconocimiento de que la edad no suele ser obstáculo para poder conseguir buenos, e incluso excelentes resultados, en muchos aspectos de la prevención, rehabilitación y tratamiento de procesos prevalentes en las personas mayores. La evidencia científica va disminuyendo la frecuencia de este grave inconveniente.
- Temor al aumento de los costes a corto plazo, cuando los gestores se plantean planificar servicios específicos de prevención, rehabilitación o tratamiento de las deficiencias en las personas mayores. Su alta prevalencia y el rápido crecimiento de este grupo de edad, suele mostrar cifras muy considerables.

- Escasa presión de la demanda, y necesidades frecuentemente no demandadas. Ambas cosas no suelen ocurrir con otros grupos de edad, donde los propios afectados y sus mayores soportes familiares y sociales, presionan y consiguen atenciones con más facilidad.

### **LAS COSAS SE PUEDEN HACER MEJOR**

La realidad cotidiana enseña que es posible. Es suficiente con desarrollar los principios ya muy contrastados y conocidos de una adecuada atención al anciano: conocimientos específicos, interdisciplinariedad, niveles asistenciales idóneos y coordinación o integración de recursos.

La atención primaria de salud es clave, desde la prevención a la rehabilitación, pasando por el tratamiento precoz y continuado.

La atención especializada no geriátrica necesita más apoyo y comprensión cuando se ocupa de los más ancianos o deficientes: no presionarla en exceso por las estancias medias, posibilidad de interconsultar para problemas complejos, apoyos en las ubicaciones y seguimiento de las altas, etc.

La atención geriátrica especializada, en cualquiera de los niveles posibles (domicilio, hospital, residencia, etc.), puede ser etiquetada de cualquier cosa menos de un lujo. Sus profesionales (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, etc.), son expertos en todo lo relativo a la salud y enfermedad de los ancianos, se dedican sólo a ello y es indudable que su aportación tiene que ser necesariamente significativa. Así lo atestigua la bibliografía mundial y la evidencia científica. Su apoyo sistemático a la atención primaria, a la especializada y a los servicios sociales, no es otra cosa que la consecuencia de su forma natural de entender la asistencia. Su adecuada gestión de los diferentes niveles asistenciales es porque son herramientas necesarias para conseguir resultados.

### **PROBABLES TENDENCIAS**

Las posibilidades de prevención de las **deficiencias en todos sus niveles**, vienen marcadas, sobre todo, por el más que previsible aumento importante de las necesidades y demanda, lo cual provoca sensaciones e intereses encontrados:

- Temor del sector público. Las inversiones en servicios se frenan, se potencian los conciertos y se buscan fórmulas para implicar al usuario y/ o familia en la financiación.
- Optimismo en el sector privado. Se incrementan notablemente las inversiones. La alta competencia obliga a ofertar a la baja para conseguir conciertos y clientes. Existe una gran variedad en la calidad y tipos de servicios ofertados, por lo que la equidad en este campo comienza a ser una quimera.

Algunos datos significativos que marcan la evolución de estos servicios: en el Reino Unido en un año, entre 1995 y 1996, disminuyeron en 2.600 el número de plazas residenciales públicas, aumentando las privadas en 2.000 y las gestionadas por organizaciones de voluntarios en 1.200. En lo referente a las plazas residenciales y hospitalarias asistidas (nursing care), el descenso de las públicas fue de 5.400 y el incremento de las privadas de 8.800 y 1.000 más las de voluntariado.

A pesar de las dificultades apuntadas se **puede mirar el futuro con moderado optimismo**. El tiempo y el progreso van a favor de un mayor nivel de exigencia, tanto en la prevención como en el manejo de los problemas y en sus cuidados. Todos los profesionales que de alguna manera tenemos algo que ver con las deficiencias en las personas mayores, también tenemos responsabilidades en ello y un deber de compromiso.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. BARBER, J. H., WALLACE, J. B., MCKEATING, E., A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract* 1980; 30:49-51.
2. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa. Canada Communication Group, 1994.
3. Long Term Care Data Pack. Swiss Re Life & Health. London. 1998.
4. PAPPS. Programa de actividades preventivas y de la promoción de la salud en atención primaria. SEMFYC. Barcelona. 1993.
5. RUIPÉREZ, I., JIMÉNEZ, M. F., HORNILLOS, M., SEPÚLVEDA, D., Asistencia sanitaria a las personas mayores. Criterios de selección y definición. *Nuevas tendencias. Medicine* 1995; 6:3838-44.
6. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services, 2' edi. Baltimore. Williams and Wilkins, 1996.