

CAPÍTULO 5



LA SALUD Y LAS PERSONAS MAYORES



ENVEJECER CON BUENA SALUD (Artículo de Autor)

Dr. D. José Manuel Ribera Casado

Universidad Complutense Madrid - Hospital Clínico San Carlos
Catedrático Emérito

Los problemas de salud —sus pérdidas— aparecen siempre muy ligados al fenómeno del envejecimiento hasta el punto de que una idea muy repetida es la que considera la vejez como una enfermedad en sentido estricto. Se trata de un mensaje absolutamente falso pero muy introducido en el contexto de la sociedad, incluso dentro del colectivo de más edad. Erradicar este concepto, no sólo falso, sino que en sí mismo conlleva un elemento de discriminación y una llamada a la resignación, supone un reto para quienes trabajamos en este campo. «*Age is not a disease*» es un eslogan inscrito en las insignias de solapa que, año tras año, son distribuidas entre los congresistas que asisten a las sesiones de la Sociedad Americana de Geriatría. En esta presentación voy a distinguir tres partes. La primera dedicada a resumir algunos conceptos sobre la salud de las personas mayores, así como a recordar cuáles son los problemas que aparecen con mayor frecuencia en este campo. En la segunda, más acorde con el título que se me ha propuesto, me centraré en las cuestiones relativas a las posibilidades de que disponemos para mantener una buena salud en el curso del envejecimiento. En la tercera expongo algunos comentarios sobre un tema de moda, muy vinculado con la salud, como es el relativo a las llamadas terapias antienvjecimiento.

A. LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES

La Conferencia de Alma Ata, en 1978, estableció una definición de salud en la que se habla de situación óptima de bienestar físico, psíquico y social. Poco después la Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Viena en 1982 bajo los auspicios de Naciones Unidas hablaba de la necesidad de «...tener en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y **ambientales**». A estos elementos definitorios se debe añadir, como otra característica esencial, el concepto de «**protección de la salud**», algo que en las sociedades desarrolladas representa un derecho fundamental, tal como, por ejemplo, reconoce la Constitución Española en sus artículos 43 y 50. Todo ello

tiene validez con independencia de la edad de la población a la que se apliquen estas definiciones.

Cuando el tema «salud» se aborda desde la perspectiva de la población de más edad hay que establecer algunas matizaciones. La primera es que, de acuerdo con todas las encuestas al respecto, estamos ante el parámetro más valorado por parte de este sector etario, tanto cuando se plantea en términos de calidad de vida, como cuando se hace como preocupación o con cualquier otra manera de formularlo. Así se repite en proporciones variables pero siempre evidentes en todo tipo de encuestas al respecto llevadas a cabo en España o en otros países de características similares al nuestro. Los problemas vinculados a la economía y los afectivos, especialmente las situaciones de soledad, suelen ocupar el segundo y el tercer lugar en la escala de preocupaciones, aunque no siempre aparezcan en este orden.

Otro matiz de interés referido específicamente a la salud de la población mayor es el que establece la diferencia entre la salud subjetiva y la salud objetiva propiamente dicha. No es lo mismo el cómo me encuentro que el cómo estoy. Conocer la respuesta a cómo me encuentro —la salud subjetiva— es fácil, basta con preguntar a los interesados. Así lo hace en España el Instituto Nacional de Estadística (INE) cada pocos años a través de las llamadas Encuestas Nacionales de Salud (ENS). Los datos que esta fuente nos proporciona son siempre similares. Nuestra población de más edad responde de forma mayoritaria que su estado de salud es bueno o muy bueno en contraposición a malo o muy malo cuando es interrogada al respecto. Con dos matizaciones. A mayor edad menos respuestas positivas, aunque éstas sigan dominando sobre las negativas. En segundo lugar que, a igualdad de edad, las mujeres siempre dan respuestas menos positivas que los hombres, quizás porque presentan en mayor medida enfermedades que, aun con una baja tasa de mortalidad, son generadoras de molestias, como pueden ser las referidas al aparato locomotor.

La salud objetiva es otra cuestión. Resulta muy difícil tener una información precisa en torno a ella, ya que hay grandes problemas metodológicos para poder medirla de forma segura. Aquí no vale la pregunta directa, puesto que muchos procesos o son desconocidos por sus portadores o no son valorados como alteración de la salud. Ejemplos típicos, aunque no únicos, en este sentido serían los correspondientes a las pérdidas de vista y oído, las alteraciones de cualquier tipo en la dentadura, en la boca en general o en la piel. Apenas hay personas mayores que se quejen de ello. Les hemos educado en la idea de que determinadas alteraciones muy frecuentes y que interfieren con la ca-

lidad de vida no son sino producto de la edad, y, por lo mismo, inevitables, y a partir de esa idea, la persona mayor estima que no debieran ser englobadas como patológicas.

Para poder obtener una información válida y representativa sobre la salud real de la población mayor se hace necesario recurrir a fuentes múltiples, algunas de las cuales serían indirectas. Estas fuentes van desde los informes de alta hospitalaria hasta los datos procedentes de autopsias y de los certificados de defunción, pasando por las encuestas a los médicos que trabajan en los centros de atención primaria, por las propias respuestas de las personas mayores a este respecto, e, incluso, por el tipo y cuantía de los fármacos consumidos.

Manejando toda esta información el panorama con respecto a la salud objetiva de nuestros mayores es bastante más sombrío. Presentan problemas cardiovasculares, incluida la hipertensión arterial, el 70-80% de la población sobre los 65 años. Problemas osteoarticulares entre el 50 y el 60%. Sensoriales más del 90%. Diabetes mellitus o enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre el 20 y el 25%, deterioro cognitivo alrededor del 10%. Proporciones igualmente elevadas de ciudadanos viven en situación de insuficiencia renal crónica o con patología digestiva. Además los cambios asociados al proceso de envejecer hacen que tanto la patología infecciosa como la tumoral eleven su prevalencia en paralelo con la edad. Todo ello aleja bastante la idea de una «buena salud» en este colectivo que cabría deducir de las respuestas obtenidas a través de la ENS. (Encuesta Nacional de Salud).

Simplificando mucho la cuestión cabe considerar de una manera muy esquemática que las principales quejas que presenta la población de más edad vienen derivadas de aquello que genera molestias físicas o limitaciones funcionales, así como de lo que obliga a un control periódico. No suelen quejarse de lo que no molesta, de lo que atribuyen «a la edad» o de lo que consideran irremediable. La principal causa de mortalidad en ambos sexos es la referida a la patología cardiovascular, seguida por la oncológica. Muy lejos queda la patología respiratoria, los accidentes u otras causas de muerte menos habituales.

Los primeros diagnósticos en cuanto a motivos de ingreso hospitalario son la insuficiencia cardiaca, las infecciones respiratorias y los problemas neurológicos. A las consultas ambulatorias acuden, sobre todo, por patología osteoarticular («reumas»), manifestaciones derivadas de las propias enfermedades cardiovasculares, o para control metabólico o de seguimiento de un proceso crónico. Las principales razones para acudir a un servicio de urgencia hospitalaria son de nuevo la patología

cardiovascular, las infecciones y, en tercer lugar, un fenómeno tan específicamente geriátrico como son las caídas.

En todo caso, resulta evidente que las personas mayores son grandes consumidores de recursos sanitarios. Son quienes más ingresos y reingresos hospitalarios originan, los que tienen estancias más prolongadas con mayores problemas a la hora de ser dados de alta, los máximos frecuentadores de las consultas de atención primaria y los mayores consumidores de fármacos. Son datos que conocen bien las diferentes administraciones sanitarias y que obligan no solamente a la práctica de una buena medicina lo más profesional posible, sino, sobre todo, a esmerarse en cualquier aspecto relacionado con la educación para la salud de esta población.

A todo lo anterior hay que añadir el problema de la dependencia, que guarda una relación muy estrecha tanto con la salud como con la edad y que puede afectar de acuerdo con las previsiones de la Ley al respecto hasta a un tercio de los españoles mayores de 65 años. A este respecto importa tener en cuenta que la norma es que las personas no nazcan dependientes, sino que esta situación se vaya adquiriendo a lo largo de la vida, sobre todo en sus fases más tardías, como consecuencia de limitaciones funcionales derivadas de una o más enfermedades o accidentes.

Los principales procesos generadores de dependencia tienen que ver con enfermedades crónicas tales como las deficiencias sensoriales, la patología cardiovascular, incluyendo en ella las secuelas de los ictus y las derivadas de enfermedades arteriales o venosas de los miembros, los trastornos del aparato locomotor (artrosis, osteoporosis y sus consecuencias), las enfermedades neurodegenerativas (demencias, parkinsonismos, etc.) o las situaciones relacionadas con los grandes síndromes geriátricos (caídas, inmovilidad e incontinencia, urinaria o fecal, principalmente).

B. LA CUESTIÓN DE LA PREVENCIÓN

En cualquier caso hablar de salud en la persona mayor obliga a hacerlo de prevención. Sin embargo, se trata de una cuestión a la que no se ha prestado hasta hace muy pocos años la importancia que realmente tiene. Rowe, en 1999, estimaba en un editorial de *New England Journal of Medicine* que la prevención podía ser considerada como la asignatura pendiente dentro de la Geriatria. En un contexto más amplio, W. Hazzard habla de **gerontología preventiva** en las sucesivas ediciones

de su clásico texto de la especialidad, incluida la última de 2009, y la define como «el estudio y la puesta en práctica de aquellos elementos relacionados con el estilo de vida, con el control del medio ambiente, y con el cuidado de la salud que pueden maximizar la longevidad con la mejor calidad de vida posible a nivel tanto individual como colectivo». En términos similares la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizó en 2002 la expresión «**envejecimiento activo**», como reto para los próximos años basado, sobre todo, en la adopción de medidas de carácter preventivo. Lo define como «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen».

En relación con la prevención contemplada desde la geriatría conviene dejar sentados desde el primer momento dos mensajes básicos. El primero, que las medidas preventivas deben tomarse cuanto antes mejor, a ser posible en la infancia. Todo el mundo lo entiende y no es preciso insistir en ello. El segundo, menos asumido por la sociedad e incluso por los propios profesionales de la salud, es que ninguna edad es mala para iniciar estas medidas.

Los objetivos generales de la prevención geriátrica son equivalentes a los planteados en otras edades: a) reducir la mortalidad prematura originada por enfermedades agudas y crónicas, b) mantener la independencia funcional de la persona tanto como nos sea posible, c) aumentar la esperanza de vida activa (independiente), y d) mejorar la calidad de vida.

Para profundizar en este terreno conviene recordar que los cambios que tienen lugar en el curso del proceso de envejecer se establecen a través de tres vías fundamentales. Parece evidente que sobre ellas deberemos centrar nuestros esfuerzos a la hora de las políticas de prevención y de promoción de la salud.

1. La primera vía se corresponde con lo que conocemos como «**envejecimiento primario**». Hablamos de los cambios que vienen pre-determinados por nuestra carga genética individual y por el uso de nuestro organismo a lo largo de la vida. Algunos hablan de «cambios fisiológicos» cuando se refieren a este tipo de modificaciones. Tienen como peculiaridad su carácter universal en la medida en la que afectan a todos los individuos de la especie y a todos los componentes de cada individuo. Las alteraciones y pérdidas derivadas de este tipo de cambios, hoy por hoy, son poco susceptibles de prevención. Es posible que en el futuro el eventual acceso a técnicas que permitan la manipulación genética y, con ello, la corrección de

determinadas anomalías que predisponen para algunas enfermedades crónicas permitan algún margen de actuación en este campo.

2. El llamado «**envejecimiento secundario**» puede desdoblarse a su vez en dos tipos de mecanismos de actuación. El primero estaría vinculado a las pérdidas que se producen como consecuencia de enfermedades, accidentes o intervenciones quirúrgicas acumuladas a lo largo de la vida. Hablaríamos de «**envejecimiento patológico**». Una infección juvenil como la tuberculosis puede no matar, pero sí dejar secuelas que limiten las posibilidades del aparato respiratorio y condicionar cómo va a envejecer el protagonista. Lo mismo cabe decir de un infarto agudo de miocardio, de la pérdida accidental de un miembro o de la pérdida quirúrgica de un riñón. Los ejemplos pueden ser infinitos.

En este campo sí que son posibles medidas preventivas eficaces por diferentes caminos. Un buen ejemplo de prevención primaria podrían ser las vacunas que, al evitar la enfermedad correspondiente, van a limitar igualmente las eventuales secuelas nocivas de las mismas. Hoy resulta excepcional ver personas adultas o muy mayores con secuelas de una poliomielitis o de la viruela. En otro apartado de este capítulo se exponen de forma específica las recomendaciones en este terreno.

Existen numerosos ejemplos de prevención secundaria a través de fármacos o de otros procedimientos terapéuticos. La **utilización de fármacos** en geriatría reviste connotaciones especiales que obligan a conocer sus cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos, sobre todo en lo referido a la eliminación. Los ancianos son grandes consumidores de fármacos y, además, la evidencia muestra que prácticamente el cien por cien de ellos se automedican con mayor o menor frecuencia. Desde la perspectiva de la prevención el tema de los fármacos en la persona mayor ofrece una dualidad importante. Son necesarios como vía eficaz para la prevención de diferentes enfermedades o trastornos metabólicos. Pero, al mismo tiempo, el riesgo aumentado de iatrogenia obliga a ejercer una vigilancia continuada. Debemos saber siempre cuáles, cuántos y cómo consume y proceder a una supresión racional de los que carezcan de una indicación precisa. También este epígrafe es tratado en detalle más adelante.

Procede insistir en el riesgo aumentado de **iatrogenia** farmacológica a que está sometido este grupo de población y eliminar todo fármaco que no sea estrictamente necesario. Se sabe que, más que por la edad, la aparición de reacciones adversas viene condicionada por

el número de fármacos y, en este sentido, la media de los consumidos por persona mayor «sana» se sitúa entre los tres y cuatro al día. El control adecuado y precoz de determinadas enfermedades crónicas cuya evolución espontánea tiende a generar complicaciones severas es otra forma eficaz de actuación en este terreno. Me estoy refiriendo a procesos como la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), la hipertensión arterial (HTA) o las alteraciones funcionales del tiroides. Quedarían aún numerosas vías de actuación preventiva en este campo. Entre ellas las referidas a las **medidas de despistaje o cribado** ante determinados procesos que, bien por su severidad, por su carácter invalidante o por su alta prevalencia en este segmento de población constituyen un problema de primer orden dentro de la geriatría. Estas medidas son una forma de prevención secundaria y pueden tomarse en relación con numerosos procesos crónicos, como las ya mencionadas DM-2 o la HTA, pero también con respecto a la osteoporosis y otras muchas situaciones patológicas de elevada prevalencia en geriatría.

Desde la perspectiva del cáncer conviene recordar que hablamos de la segunda causa de mortalidad entre la población mayor. Su prevención ideal habría que establecerla a nivel primario actuando sobre los agentes carcinogénicos. Es algo poco operativo a corto plazo en la medida en la que nuestros conocimientos son aún escasos y que implicaría actuar en edades mucho más precoces. En todo caso sabemos que algunas medidas como evitar el tabaco, modificar determinadas dietas o huir de exposiciones excesivas al sol pueden ser eficaces en este sentido.

Los únicos tumores malignos para los que existe un nivel de evidencia alto en cuanto a la efectividad de las revisiones periódicas en esta edad son el de mama (autoexploración y mamografías periódicas), el de próstata (tacto rectal y PSA) y el de intestino grueso (recto-sigmoidoscopia periódica de sujetos en riesgo, especialmente en aquellos con antecedentes familiares). Algunos tumores como el de cérvix requieren esfuerzos a edades más precoces, mientras que en casos como el de pulmón, estómago u otros no existe aún evidencia suficiente acerca de las ventajas de establecer programas reglados de cribado.

Importa insistir en las pérdidas referidas a los **órganos de los sentidos** y a la **boca**. Son problemas que, sobre incrementar la morbimortalidad de quien los sufre, dan lugar a limitaciones funcionales e inciden muy negativamente sobre la calidad de vida del individuo. La prevención específica referida a la patología sensorial pasa

por asumir que sus pérdidas, aun siendo inherentes en gran medida a los cambios condicionados por la edad, no deben constituirse nunca en una especie de fatalismo al que haya que resignarse por obligación. Son pérdidas que en muchos casos pueden prevenirse mediante revisiones periódicas precoces que detecten y corrijan en origen y de acuerdo con su etiología las eventuales pérdidas que puedan irse produciendo. Pero, en todo caso, siempre existe la posibilidad de prevención secundaria y terciaria sin que la edad sea una contraindicación para ello.

Con la piel y la boca de la persona mayor ha existido también un desinterés histórico, cargado de llamadas a la resignación. Valga como ejemplo el dato de que la proporción de ancianos total o parcialmente edéntulos en nuestro país es enorme. Es más la norma que la excepción. Carecer de dientes, además de influir muy negativamente en la calidad de vida, se convierte en factor de riesgo autónomo para otros muchos procesos relacionados con la nutrición o la patología local de carácter infeccioso o tumoral. Existe evidencia clara de los beneficios derivados de una política de prevención activa en forma de recomendaciones higiénicas y de revisiones periódicas.

Desde un punto de vista conceptual podríamos aún incluir dentro de este apartado las medidas preventivas orientadas a reducir el riesgo de sufrir alguno de los llamados «**síndromes geriátricos**»: caídas, incontinencia, inmovilidad, trastornos del sueño, etc. Cada uno de ellos tiene sus propios factores de riesgo, bien conocidos a día de hoy, y sobre los que es perfectamente posible una intervención activa y eficaz.

3. Donde las medidas preventivas pueden alcanzar su eficacia máxima es en el tercero de los mecanismos responsable de las pérdidas que tienen lugar durante el envejecimiento. Hablamos del «**envejecimiento secundario**» vinculado a los **factores ambientales y a los hábitos de vida previos del individuo**, a sus costumbres, y, en general, a los factores de riesgo de todo tipo a que ha estado sometido a lo largo de su vida.

El mayor énfasis debe ponerse en todo lo relativo a la prevención primaria. Llevar unos «**hábitos de vida saludables**» constituye la mejor forma de prevención a cualquier edad. Los tres campos de actuación más importantes al respecto son: a) los relativos a la actividad física, b) los que tienen que ver con la alimentación, y c) la supresión de hábitos tóxicos, especialmente del tabaco. También las medidas que llamamos «higiénicas» en su contexto más amplio.

Los detalles con respecto a todos estos puntos, clave para la promoción de la salud, son comentados en otro lugar.

A los **factores de riesgo (FR)**, tanto de carácter general como a los específicos para determinadas patologías —por ejemplo, a los factores de riesgo cardiovascular— se les ha dado poca importancia en geriatría. Hoy se sabe que también en la patología del mayor tienen una gran importancia. El concepto de factor de riesgo es aplicable a cualquier tipo de proceso y, al menos en el caso concreto de la persona mayor, va más allá de lo puramente médico para entrar en la esfera de los problemas sociales. Los FR que afectan a las personas mayores y menos mayores no son siempre los mismos, ni cuando lo son actúan siempre con la misma intensidad en los distintos grupos de población. Sin embargo, se debe tener claro que su papel en geriatría, facilitando diversa patología médica y social, mantiene una altísima importancia.

El campo de los factores de riesgo abarca toda suerte de situaciones clínicas y sociales. Por ello se precisa una visión amplia que analice los referidos a las distintas enfermedades y problemas que afectan a la persona mayor para poder afrontarlos con garantías desde la óptica de la prevención.

La base principal de todas las medidas de intervención se fundamenta en una buena educación sanitaria tanto del protagonista, la persona mayor, como de su entorno familiar y de la sociedad en general. En este sentido es fundamental el papel tanto de los profesionales de la salud, como el de los educadores a cualquier nivel (desde la infancia, a los animadores sociales de las residencias de mayores) y el de los responsables de los medios de comunicación. Dentro de las medidas preventivas en relación con la calidad de vida y la salud de las personas mayores deben incorporarse, también, aquellas que van dirigidas a mejorar el **entorno social**. Las situaciones de deterioro progresivo son muy comunes, pasan con frecuencia desapercibidas hasta fases muy avanzadas y es muy habitual que sólo se busquen soluciones tras un episodio agudo que no siempre es reversible.

Unos comentarios sobre cuestiones de carácter general. Entre ellas insistir en la no aceptación de ninguna forma de **discriminación** basada en la edad. Se trata de un mal hábito muy introducido en la sociedad en general y en la práctica clínica diaria. Un mal hábito al que con frecuencia se suma la familia. La edad en sí misma nunca debe figurar en ningún listado de contraindicaciones, por más que el individuo mayor vaya a ser sujeto frecuente de esas contraindi-

caciones en base a los criterios generales que se aplican al común de las personas. En la misma línea habrá que insistir para que se respete el principio bioético de la autonomía.

Muchas de las medidas necesarias en este terreno —quizás las más importantes— van a ser de carácter social y educacional. Tienen que ver con un cambio de mentalidad que afecta a los estilos de vida y cuyo inicio debe establecerse en edades muy precoces. Si en todos los tiempos y sea cual sea la edad del individuo el hombre siempre ha considerado la salud como su don máspreciado, habrá que priorizar este tema y arbitrar los recursos necesarios para que ese logro, que hoy ya ha dejado de ser utópico para convertirse en una posibilidad real, se consolide como la forma habitual de envejecer.

Otro apartado relacionado con la prevención en materia de salud es el referido a los **abusos, negligencias y malos tratos** a las personas mayores. Desde los años ochenta la literatura médica, y en menor medida la jurídica, ofrecen testimonio creciente de hasta qué punto estamos ante un problema real que afecta a entre el 5 y el 20% de la población mayor. Es una forma de violencia doméstica como la ejercida sobre la mujer o sobre el niño. Sin embargo, en la práctica resulta ignorada hasta el punto de dar la impresión de parecer ajena a las preocupaciones del conjunto de la sociedad.

Hoy conocemos los principales factores de riesgo para convertirse en víctima de estas lacras. También el perfil preferente tanto del agresor como de las víctimas, el porqué de los silencios, y otra mucha información del máximo interés. Conocemos también, y éste es mi segundo comentario, las posibilidades que tiene el médico a nivel preventivo —no sólo preventivo— en este campo. Todas pasan por no ser indiferente ante el problema, por estar sensibilizado ante él, y por intervenir de oficio si llega el caso, aunque sea con la mayor discreción posible, ante la menor sospecha al respecto.

C. SALUD Y «ANTIENVEJECIMIENTO»

El término «*antiaging*» o su traducción española constituye un «eslogan» al alza. Las ventas de los productos dirigidos a este fin alcanzaron en el año 2006 en los Estados Unidos alrededor de los 37.000 millones de euros y cantidades equivalentes pueden encontrarse en los diferentes países europeos. Como afirmaba *The New York Times* comentando este tema, nuestra sociedad «busca el nuevo elixir de la vida a través de

fármacos de riesgo» (*The New York Times*, 26 abril 2007). La expresión está de moda y la podemos encontrar en cualquier parte. Hay sociedades científicas con este nombre, pero también existen clubes, dietas, campañas, clínicas y un etc. muy largo. Las motivaciones y objetivos que subyacen en cada caso son muy variados y van desde lo que podríamos considerar estrictamente riguroso y serio, hasta lo puramente comercial aplicando a esta palabra su sentido más peyorativo.

En sentido literal cabe decir que la única forma de no envejecer —el único posible antienvjecimiento— es la muerte. Podemos interpretar que quienes han acuñado y promovido este término lo que nos intentan transmitir es la idea de alcanzar el mejor envejecimiento posible, ralentizar la velocidad del proceso de envejecer, o, en su caso, intentar hacer reversibles algunos de los cambios más negativos que dicho proceso lleva consigo. Todo ello constituye una aspiración legítima pero que requiere algunas matizaciones.

Para conseguir esos objetivos, en la práctica, las herramientas de que disponemos proceden esencialmente del campo de la prevención y se ajustan en su totalidad, con muy escasas excepciones, a los criterios y recomendaciones ya expuestos. Fuera de ello, a día de hoy, apenas queda margen de actuación. Sin embargo, mayoritariamente los propagandistas del «*antiaging*» no es eso lo que venden, sino unas armas de actuación mucho más sofisticadas y complejas, que, además de ser ineficaces en la mayor parte de los casos, no está exentas de riesgos, y se prestan al abuso por parte de grupos poco escrupulosos que tienden a jugar con la credulidad, la ignorancia, los deseos y, sobre todo, la economía del ciudadano.

A la hora de intentar retrasar el proceso de envejecer y minimizar sus consecuencias deberemos volver a mirar las vías a través de las cuales se produce este fenómeno, ya expuestas en el apartado anterior, y ver de nuevo en qué medida son susceptibles de intervención. Si somos capaces de interferir en esos procesos dispondremos de sistemas antienvjecimiento.

Buena parte de los esfuerzos se han dirigido a interferir en los mecanismos responsables del proceso de envejecer. A actuar sobre los **mecanismos involucrados en el «envejecimiento primario»**. Sobre lo que llamamos «teorías del envejecimiento». Quizás el ejemplo más típico en este campo lo constituye el intento de controlar los efectos nocivos de los llamados radicales libres, sobre la base de administrar sustancias antioxidantes que dificulten la formación de estos radicales y minimicen sus efectos deletéreos. Controlar la formación de radicales libres, además de prolongar la vida y ralentizar el envejecimiento, ten-

dría otros efectos favorables sobre la patología tumoral y cardiovascular, así como sobre un elevado número de procesos crónicos. Estudios con diversos agentes antioxidantes (superóxido dismutasa, a-tocoferol, vitaminas C o E, etc.) en modelos animales muy elementales, han permitido, en algunos casos, prolongar la extensión de vida máxima conocida de la especie correspondiente. Este tipo de respuesta no se ha conseguido a día de hoy en la especie humana.

Tampoco son mayores los éxitos en cuanto a nuestras posibilidades de actuación sobre otras teorías del envejecimiento como pueden ser la de los «enlaces cruzados», la del «acortamiento del telómero», sobre la llamada del «error catastrófico», sobre las «teorías inmunológica» o «neuroendocrina», sobre la de la «acumulación de los productos de desecho», o sobre cualquiera de las que tienen su base en los componentes genéticos del individuo. Nuestras posibilidades de intervención en este terreno a día de hoy en orden a prolongar la expectativa de vida máxima o a conseguir un envejecimiento saludable son nulas. Sin embargo, como ya se apuntó, es posible que en un futuro, a partir del conocimiento ya disponible del genoma humano, pueda llegarse a actuar en algunos casos, especialmente en aquellos relacionados con enfermedades para las que el sujeto pueda estar genéticamente predisuesto.

Un segundo apartado de **medidas antienvjecimiento** sería el relacionado con aquellas que se orientan a **suplir las pérdidas** asociadas al mismo. Son pérdidas que se producen a todos los niveles, pero que de manera muy especial afectan a componentes esenciales para el metabolismo humano. Pérdidas de vitaminas, minerales, principios inmediatos, hormonas, etc. En este sentido como, punto de partida cabría hacer una diferenciación básica entre las que podríamos llamar pérdidas evitables, que estarían en gran medida vinculadas a determinadas enfermedades o a una limitación en el aporte de la sustancia deficitaria, mientras que, por otro lado, estarían las pérdidas relacionadas directamente con el envejecimiento primario.

Al primer grupo corresponden muchas de las deficiencias más habituales encontradas entre la población anciana. Son déficits en absoluto inocentes que determinan con frecuencia formas de envejecimiento insatisfactorio y que inciden negativamente en la calidad de vida del individuo, a veces contribuyendo de manera directa en la aparición de trastornos crónicos y de complicaciones a corto y largo plazo perfectamente evitables. La ventaja es que siempre va a existir la posibilidad de actuar. De corregir desde fuera la deficiencia. Incluso, en muchos casos, se trata de situaciones perfectamente prevenibles a través de

protocolos y de programas específicos para la población en riesgo que están claramente establecidos en los libros de medicina.

La posibilidad de encontrar este tipo de limitaciones es muy alta. Se trata de situaciones de alta prevalencia entre la población de edad avanzada, relacionadas, sobre todo, con el contenido en minerales y vitaminas. Estaríamos hablando, por ejemplo, de sujetos con unos niveles inadecuados de calcio y de vitamina D, algo muy frecuente en la población mayor femenina, que va a favorecer la aparición de osteoporosis. O en el caso, también frecuente, de deficiencias de ácido fólico o de otras vitaminas del complejo B, de hierro, o, incluso, de las situaciones de malnutrición calórico-proteica, un problema que puede llegar a alcanzar hasta a un 20% de la población anciana en un país como el nuestro. Suplir estas deficiencias cuando existen, intentar prevenir su aparición y detectarlas de forma precoz forma parte del sentido común, debe entenderse como una obligación médica y aunque su existencia va a interferir directamente en el logro de un envejecimiento satisfactorio, su corrección difícilmente puede encuadrarse entre las llamadas «terapias antienvjecimiento».

Pero al lado de ello existen otras formas de compensación mucho más controvertidas. Un buen ejemplo es el de la llamada **terapia hormonal sustitutiva** en el caso de la mujer postmenopáusica. La teoría es clara. Si los estrógenos ejercen en las mujeres un efecto protector en cuestiones tan importantes como el metabolismo óseo o el aparato cardiovascular, además de mejorar su estética e intervenir favorablemente en la esfera sexual, por qué vamos a dejar que la naturaleza interrumpa estos efectos positivos. Con ese fundamento y, siendo perfectamente posible administrar preparados farmacológicos que suplan su deprivación menopáusica se introdujo hace unos años el principio de la hormonoterapia sustitutiva, que, además, de acuerdo con sus defensores, debería ser mantenida de por vida. Los problemas surgieron cuando empezaron a observarse reacciones adversas no deseadas, principalmente de tipo tumoral. La idea de añadir progestágenas a la terapia estrogénica no ha demostrado ser suficientemente efectiva y, a día de hoy, aunque se mantiene la polémica, el entusiasmo inicial ha decaído enormemente y la doctrina más extendida es que esta forma de terapia sustitutiva debe reservarse para casos muy especiales, siempre negociados abierta y extensamente con la protagonista.

Mucho más cuestionables todavía son otras formas de **reemplazamiento hormonal** que, con mayores o menores limitaciones según los países, también están en el mercado, como pueden ser la administración

de hormona de crecimiento o de hormonas masculinas tales como la testosterona o la epidihidroandrosterona.

La hormona de crecimiento es una hormona anabolizante que se produce en la hipófisis anterior y que ejerce una serie de acciones positivas en varios campos relacionados con la síntesis biológica. Se libera profusamente durante los primeros años de vida y su producción se va reduciendo considerablemente en el curso del envejecimiento. Su administración a la persona mayor en forma de GH recombinante a corto plazo ha demostrado mejorar el balance nitrogenado, aumentar la masa magra y reducir la cuantía de grasa corporal. Ello se traduce en efectos positivos sobre el hueso, el músculo, probablemente sobre el sistema nervioso central y en una mejor distribución del tejido graso, todo lo cual ha determinado que se plantee su utilización en edades avanzadas, en orden a convertirla en uno de los prototipos de terapia antienvjecimiento.

Sin embargo, también aquí los inconvenientes han superado a las ventajas. Además del precio, excesivamente alto, existen problemas médicos derivados de su uso. Entre ellos, un aumento en la incidencia de diabetes mellitus, así como en la de patología tumoral, o la aparición de problemas de tipo articular (síndrome del túnel carpiano y otros) o cardíaco (insuficiencia cardíaca). Todo lo anterior hace que, salvo casos muy excepcionales, se desaconseje su utilización y en ningún caso pueda protocolizarse su empleo de manera generalizada.

Con las hormonas sexuales masculinas, a las que también han recurrido algunos de los defensores del «antienvjecimiento», pasa algo parecido. La dihidroepiandrosterona promete algo así como poner a cero el «reloj biológico», devolviendo la sensación de juventud y mejorando la capacidad física, mental y sexual del anciano. Mejora la respuesta muscular y tiene una acción positiva sobre el metabolismo óseo, sobre la redistribución grasa y sobre el metabolismo lipídico. El inconveniente principal es que, como en el caso anterior, se asocia a un aumento considerable de la patología tumoral, sobre todo prostática y mamaria, y, en muchos casos, genera daño hepático, hirsutismo, acné y aumenta el riesgo cardiovascular. Consideraciones similares pueden hacerse acerca del empleo regular de **testosterona** que ha demostrado ser un factor de riesgo altísimo para la aparición de cáncer de próstata.

Hay también procedimientos «*antiaging*» basados en la **reconstrucción** o reparación quirúrgica. Por lo general se trata de medidas que entran de lleno en el campo de la cirugía estética y reparadora. Alcanzan a todo el componente externo del organismo. Su objetivo es más de forma que de fondo. Mejorar la imagen deteriorada por la edad y ofrecer

una sensación subjetiva de rejuvenecimiento. Cubren un abanico de posibilidades muy amplio. Se pueden hacer implantes de pelo, modificar el aspecto exterior de la cabeza y de la cara, del abdomen, de las mamas y de los miembros. Se pueden introducir prótesis en diferentes localizaciones; extraer o modificar la ubicación de la grasa; conseguir la desaparición de cicatrices, pliegues o arrugas cutáneas, e incluso, limitar la capacidad de absorción del tubo digestivo a través de la llamada cirugía bariátrica para combatir la obesidad.

Todo ello va a estar orientado casi siempre y con pocas excepciones a mejorar la imagen, pero en ningún caso va a representar influencia alguna sobre el proceso de envejecimiento propiamente dicho, a no ser una influencia negativa derivada de las eventuales complicaciones quirúrgicas que, inevitablemente, van a surgir en un número variable de sujetos. En todo caso se trata de decisiones individuales para las que existe toda la libertad del mundo. Aquí, la llamada de precaución va dirigida hacia los riesgos inherentes al procedimiento y hacia la selección de quién y dónde los aplique.

Todavía cabría hablar de una extensa gama de procedimientos y formas de actuación que, básicamente, desde perspectivas muy distintas, andan buscando el mismo fin, como la crionización, la nanotecnología o la utilización de melatonina. Ninguno de estos proceder determina tampoco mejoras significativas en la salud de las personas mayores ni un retraso en cualquiera de los mecanismos que nos hacen envejecer. La conclusión es inequívoca. La mejor manera de conseguir un envejecimiento saludable y de incidir favorablemente en eso que se viene llamando antienvjecimiento pasa por la prevención. Una prevención iniciada en las épocas más precoces de la vida, mantenida de manera ininterrumpida durante toda ella y que sigue conservando su valor en las edades avanzadas. Una prevención cuyo eje central debe basarse en lo que llamamos hábitos de vida, y que a nivel colectivo exige, fundamentalmente, esfuerzos por conseguir una buena educación sanitaria de la sociedad en su conjunto. Un objetivo que abarca un horizonte muy amplio en el que se incluyen junto a las medidas estrictamente sanitarias otras de carácter ambiental, económico y social.

D. DEMOGRAFÍA SANITARIA E INQUIETUDES DE LA POBLACIÓN EN CUANTO A SU SALUD

Los datos sobre **la esperanza de vida al nacer** en España sitúan a las mujeres de nuestro país en los primeros lugares de la Unión Europea.

Las mujeres tienen una esperanza de vida de 84,9 años, frente a los 78,9 años de los hombres en la misma situación (INE. Movimiento Natural de la Población 2010. Datos Provisionales. Julio 2011) Las cifras publicadas por Eurostat muestran que la esperanza de vida de la población española en ese mismo año se encuadra entre las más altas de la Unión Europea (UE); la femenina en segundo lugar, con 84,1 años y los hombres con 77,8 años, en el quinto lugar por detrás de Suecia, Italia, Chipre y Holanda (la diferencia de fuente justifica la diferencia en las cifras con respecto a las del INE).

El indicador de probabilidad de muerte también ha evolucionado. Aparte del notable descenso de la probabilidad de morir entre los cero años y el primer año de vida, existe un retroceso en torno a los 75-80 años: la probabilidad de morir a esas edades ha descendido más que en otros grupos de edad. Se está ganando vida a edades avanzadas, más que en otros tramos.

El patrón epidemiológico de mortalidad en función del sexo muestra una profunda desigualdad entre hombres y mujeres.

Los datos reflejan que las mujeres españolas viven 6 años más que los hombres. Pero, como veremos más adelante, esto que puede parecer una gran ventaja para las mujeres se convierte en un gran inconveniente teniendo en cuenta el indicador de esperanza de vida libre de incapacidad, que muestra que las mujeres viven más, pero en peores condiciones de salud.

A partir de los sesenta y cinco años (eliminado el cómputo de mortalidad producida en edades anteriores), se espera que una persona viva 20,3 años adicionales, que serían 18,4 si es hombre y 22,3 si es mujer (INE. Movimiento Natural de la Población 2010. Datos Provisionales. Julio 2011). También en este indicador España se sitúa con una de las expectativas de vida femenina y masculina más altas de la UE y del mundo.

1. ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE INCAPACIDAD

En la mayoría de los países desarrollados la esperanza de vida presenta una evolución temporal ascendente, sin embargo, ello no implica necesariamente que todos los años de vida en los que se incrementa este indicador sean años en buen estado de salud.

Se hace necesario, por tanto, medir la enfermedad a través de sus consecuencias, como la restricción de actividad o incapacidad. En este sentido, la elaboración de índices del estado de salud de la población, como **la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI)**, basada en la mortalidad y la incapacidad, permite sintetizar en una sola medida no

sólo la duración sino también la calidad de la vida. En España la EVLI (esperanza de vida en buena salud) al nacer en el año 2007 era de 63,2 años en hombres y 62,9 años en mujeres, presentando importantes diferencias con la esperanza de vida. Con el aumento de la edad la esperanza de vida libre de incapacidad disminuye y las diferencias de género también.

La esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años es para los hombres de 10,3 y para las mujeres de 10; es decir, para las personas de 65 años, ya sean hombres o mujeres, el buen estado de salud se incrementará sólo 10 años más, por lo que los hombres tendrían una expectativa de vivir siete años incapacitados, mientras que las mujeres vivirían 11 en la misma situación. Las mujeres viven más años, pero este superávit de años lo viven con alguna discapacidad. (INE. Mujeres y hombres en España 2010).

2. MORTALIDAD

Las defunciones en España en el año 2010 alcanzaron la cifra de 378.667, de los cuales 318.732 eran personas mayores de 65 años (INE. Movimiento Natural de la Población 2010. Datos provisionales Julio 2011). Cada vez se muere más tarde, por lo que la mortalidad se concentra en las edades más elevadas.

El patrón de mortalidad por edad y sexo presenta una distribución algo asimétrica. Los hombres empiezan a morir antes y las mujeres más tarde. La tasa de mortalidad (INE Base, 2008) entre los hombres fue de 8,8 por mil en ese año superando a la de mujeres que fue de 8 por mil. Al analizar los datos por grupos de edad, vemos que los comprendidos entre 65-69 años muestran las siguientes cifras de fallecidos en ese año 2008: 14.531 hombres y 6.451 mujeres. Entre los 85-89 años, fallecieron 28.462 hombres y 42.255 mujeres y por último entre los de 95 y más años fallecen en ese mismo año 5180 hombres y 15.627 mujeres. Ese descenso de la mortalidad en los hombres se refleja en todas las edades a partir de los 69 años, especialmente en torno a los 80 años, que es donde más vida se está ganando a la muerte en los últimos años, y fundamentalmente por el sexo femenino.

a) Causas de mortalidad

Según la información del INE, las Defunciones por todas las Causas de la población española durante el año 2008, se observa que el mayor número de fallecimientos se producen por los siguientes tres grupos de causas: Causas Externas o Accidentes, Enfermedades Cardiovasculares y Tumores.

Una de las principales causas de muerte de las personas mayores de 65 años son las enfermedades del aparato circulatorio, siendo la tasa de mortalidad por este motivo mayor en las personas mayores de 80 años. En cuanto al sexo, la tasa de mortalidad por este grupo de enfermedades es mayor en los hombres, en los grupos de edad de 80 a 84 años y de 85 a 89 años, y en cambio en las mujeres es más elevada en las de edad mayor de 90 años. En el año 2008 fallecieron entre la población española 122.793 personas por enfermedades cardiovasculares, de las que 111.261 tenían 65 o más años (INE. Defunciones y Tasas de Mortalidad por causas, sexo y edad, 2008).

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en España para la población general y también para las personas de edades mayores de 65 años. Sin embargo, las tasas de mortalidad por esta causa experimentan un incremento en las personas mayores, a edades más tempranas que en el caso de las enfermedades del aparato circulatorio.

Entre los 75 y 79 años, las tasas de mortalidad por Tumores casi se igualan a las observadas para mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, pero de ese grupo de edad en adelante su aumento es mucho menor en comparación con Enfermedades Cardiovasculares como causa de muerte.

Destacan por su especial importancia entre la población mayor las defunciones por causa de Enfermedades Mentales y del Sistema Nervioso. En el grupo de enfermedades mentales se incluyen trastornos seniles y preseniles, y en el grupo de enfermedades del sistema nervioso la enfermedad de Alzheimer. Ambas causas son las más importantes en sus respectivos grupos. Los principales tipos de demencias no sólo son causa de mortalidad sino una de las más importantes causas de discapacidad entre los mayores, con una progresión muy destacada.

Las caídas, incluidas en grupo de la CIE, Causas Externas de Mortalidad son un importante factor de salud pública y representan el tipo de accidente más frecuente y letal entre las personas mayores. La mayor tasa de mortalidad por caídas accidentales se concentra en edades comprendidas entre los 80 y los 84 años y entre los 85 y 90 años (INE Tasas de mortalidad por Causas, 2008).

b) Mortalidad evitable

Tras décadas de descensos generalizados de la mortalidad en la población española, hasta niveles de ocho fallecidos por mil habitantes (7,7 por mil en 1980, la más baja de la historia), la mortalidad se mueve en los últimos años en torno a 9 fallecidos por cada mil habitantes (8,47

por mil, INE, 2008). Es difícil encontrar unas tasas tan bajas en el mundo en forma continuada; por ello, España se sitúa entre los países con mayor esperanza de vida.

Aun así, existe una **mortalidad evitable**. La definición de Mortalidad evitable es: causa de muerte por enfermedades o causas externas que disponen de tratamiento o medidas de prevención, y que podrían haberse evitado. Estas enfermedades o causas externas tienen a su disposición medidas de prevención, detección temprana y tratamiento INE del año 2009, adecuado pudiendo los servicios sanitarios y las políticas intersectoriales contribuir de forma sustancial a reducir la mortalidad (La Mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. R. Gispert y Grupo de Consenso de la Mortalidad Evitable. Gaceta Sanitaria, 2006). En esta investigación se consensuaron 34 causas de mortalidad evitable, así como el tipo de intervenciones que podrían evitar la muerte. Entre las causas de mortalidad evitable nombradas en este artículo, figuran los Tumores, las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares, las Enfermedades vacunables, los Accidentes y los Suicidios, dentro de las más relevantes.

La distribución geográfica de la mortalidad evitable en ambos sexos es heterogénea. Se observan áreas de mayor riesgo de mortalidad en el sur y el noroeste de España. Esta distribución se presenta también claramente diferenciada en hombres, existiendo mayor riesgo de mortalidad evitable para las causas de hipertensión, enfermedades cerebrales vasculares y enfermedad isquémica del corazón. (La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001), M. Vergara Duarte et al., Gaceta Sanitaria. 2009).

Como consecuencia de este indicador (Mortalidad evitable) surge el concepto de **años potenciales de vida perdidos por estas muertes evitables o prematuras**, es decir, las ocurridas antes de los 70 años. Sin embargo cada vez estas pérdidas son menores, pues se ha retrasado la mortalidad de la población hacia los escalones altos de la pirámide de edades.

c) Inquietud respecto a la salud

Como queda expuesto en la primera parte de este capítulo, la principal preocupación de las personas mayores es la salud, y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, causa fundamental de sufrimiento y de mala autopercepción de salud. De hecho, un 49% de las personas mayores dice que le preocupa perder su salud, el deterioro físico a un 37%, la pérdida de autonomía a un 27% y la pérdida de me-

moria a un 9%. Más atrás se sitúan los temores relacionados con pérdidas de apoyos afectivos y relacionales: un 27% dice temer la soledad y un 18% perder amigos y familia. (Imsero, EPM 2010). Es decir, lo que más preocupa es hacerse dependiente por cualquier causa, perder la autonomía y no valerse por sí mismo.

d) La autopercepción del estado de salud

Es un indicador simple pero efectivo del estado de salud global y una herramienta útil para predecir las necesidades asistenciales y para la organización de programas de prevención. El hecho de que uno se sienta bien determina el propio desarrollo de su vida diaria. Existe una relación estrecha entre cómo se siente una persona y lo que esa persona hace.

En España la evolución de la autovaloración positiva de la salud ha ascendido ligeramente. En 1993 un 37% de la población se consideraba en buen estado de salud, y en 2010 el 45%. El 55% de los hombres decía tener buena salud, frente al 37% de las mujeres. La edad aparece como una de las principales variables asociadas a una peor percepción de la salud por los españoles. Aun así, sólo un 15% de la población mayor española declara su estado de salud como malo o muy malo, con una ligera tendencia descendente. (Imsero, EPM 2010)

3. MORBILIDAD

Según la misma encuesta (Imsero, EPM 2010) el 21% de la población española declaró haber padecido alguna enfermedad (o dolencia o impedimento) en los últimos doce meses, que limitó su actividad habitual durante más de diez días: en proporción 17,1% los hombres y 24,8% las mujeres. De nuevo el análisis por edad y sexo marca diferencias. Según aumenta la edad, el porcentaje de personas que padecieron enfermedades limitadoras de su actividad habitual se hace mayor. A partir de los setenta y cinco años la tasa aumenta, declarando las personas de 75 o más años haber padecido alguna enfermedad (el 42,5% de las mismas). Las cifras varían de 34,4% en hombres mayores de 75 años a 48,4% en mujeres.

Como ya se ha reflejado al principio de este capítulo, con la edad aumentan las enfermedades de tipo crónico y degenerativo y muchas de ellas conducen a problemas funcionales. El tipo de dolencia predominante padecida (autodeclarada) por los mayores es la que afecta al sistema osteomuscular. Para más de la mitad, la dolencia o enfermedad que limitó su actividad estaba en la categoría «artrosis y reumatismo»

(54,3%), seguida de «dolor de espalda» (31,5%), que además son los principales causantes del mayor número de discapacidades. Las mujeres refieren estos tipos de dolencias en proporciones muy superiores a los hombres (artrosis en las mujeres en un 66,5% y en los hombres en un 38%, y dolor de espalda en un 39,3% en las mujeres y un 20,9% en los hombres).

La enfermedad, dolencia o síntoma, no sólo más declarada por las personas mayores, sino también la más diagnosticada entre la población mayor es la *artrosis* y los *problemas reumáticos*. Afectan a más de la mitad de los que han cumplido 65 años. Siguen la *hipertensión arterial* (51,9%), y con porcentajes menores, el *dolor de espalda crónico* (30,2%) y el *colesterol elevado* (30,0%). Las mujeres presentan porcentajes más altos en la mayoría de los casos.

La edad, también, conlleva ciertos factores de riesgo para la salud mental y el bienestar, como la pérdida del apoyo social, de la familia y los amigos, y la emergencia de enfermedades físicas o neurodegenerativas, como el alzhéimer y otros tipos de demencia.

Los trastornos depresivos y los de ansiedad son los trastornos mentales que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida (INE, Encuesta Nacional de Salud, 2006). La prevalencia global de la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales entre la población española mayor de 16 años es del 14,7%. Esta cifra se eleva a 20,9% en las personas de 65 años y más, y teniendo en cuenta el sexo, se observa que en los hombres de 65 o más años alcanza en un 10,9%, mientras que a las mujeres les afecta en un 28,3%.

J. M. Ribera

ANÁLISIS DE LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO

A. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS SOBRE PREVENCIÓN (JMRC)

Cuando hablamos de prevención en geriatría en el terreno de las evidencias científicas debemos destacar dos puntos. El primero es que esta evidencia existe y es comparable en términos relativos a la que podemos encontrar en las personas más jóvenes. Existe en el terreno de la prevención primaria y en el de la secundaria. Además es extensible a la mayor parte de los problemas clínicos que podemos detectar en esta población.

El segundo punto que cabe destacar tiene que ver con la necesidad de hacer llegar a todo el mundo, personas mayores, cuidadores, profesionales, administraciones y sociedad en general que la prevención es posible a cualquier edad y que poner en marcha las medidas adecuadas en este terreno va a contribuir a mejorar, no sólo la calidad de vida de las personas mayores, sino que también va a ser rentable en términos económicos al reducir gastos derivados de la morbilidad prevenida.

1. ACTIVIDAD FÍSICA

Probablemente la recomendación más importante que se puede hacer a una persona de edad avanzada en orden a mantener en el mejor estado posible el conjunto de sus órganos y sistemas es la de que se mantenga físicamente activa. Las ventajas de una **actividad física** mantenida son múltiples y actúan en diferentes campos. Constituyen una realidad en todo lo referente a prevención primaria, pero también, en muchos casos, en el terreno de la prevención secundaria y terciaria. Las ventajas de mantenerse físicamente activo son abrumadoras en la literatura médica y conocidas desde muy antiguo. Inciden tanto en la calidad de vida como en su cantidad.

Algunos estudios demuestran que las personas mayores que hacen ejercicio se caen menos, y que cuando lo hacen el daño que se originan es menor. Sobre todo, existe un amplio grado de evidencia en cuanto al papel importante que juega la actividad física mantenida en la prevención de toda suerte de incapacidades. Otro ejemplo lo constituye el estudio de carácter poblacional conocido como Interheart, donde se muestra que a cualquier edad una actividad física regular y mantenida ejerce un efecto protector contra el infarto agudo de miocardio, hasta el punto de asignar a la inactividad un 12,2% del riesgo total atribuible a esta patología.

Los mecanismos a través de los cuales se consiguen estos efectos beneficiosos son, probablemente, múltiples. Algunos de ellos inciden de manera directa en la neutralización o, mejor, en el control de numerosos factores de riesgo tanto cardiovasculares como a otros niveles. En otros casos el efecto positivo se consigue a través de mecanismos más directos, relacionados con una mejor conservación funcional a cualquier nivel, especialmente en lo que respecta a los aparatos cardiovascular, respiratorio y osteoarticular. Recordemos que en estos tres campos se centra de manera mayoritaria tanto la morbilidad como la mortalidad del anciano.

La edad nunca va a ser una contraindicación para practicar ejercicio físico de la forma más adecuada para cada persona. Esta actividad incluye desde el simple paseo hasta la práctica no competitiva de algunos deportes como la natación, la marcha, el ciclismo, la gimnasia o el golf, entre otros. Las principales dudas para el profesional de la salud se pueden presentar cuando la persona mayor plantea el deseo de hacer deporte. Salvo que existan contraindicaciones evidentes ligadas a patologías específicas y conocidas, cardíacas, neurológicas, respiratorias o referidas al sistema osteoarticular, la recomendación debe ser positiva. Incluso en algunas de estas situaciones la práctica deportiva razonablemente programada puede contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas, así como su situación funcional.

En todo caso, cuando se trate de hacer deporte, siempre habrá que tomar en consideración algunos aspectos. Entre ellos evaluar cuál es el tipo concreto de deporte que se desea practicar y la experiencia previa en relación con el mismo. En paralelo, evaluar el grado de intensidad del ejercicio que se pretende llevar a cabo, las circunstancias ambientales del marco en que se va a efectuar (época del año, espacio físico, equipamiento, duración, hora, etc.). Junto a ello en la persona mayor, más que en el joven, es básica y primordial la realización de una **Evaluación Médica**. Posteriormente habrá que considerar otros factores como respetar las fases de calentamiento y de recuperación, así como tomar en consideración cualquier otra circunstancia individual que pudiera constituir un riesgo.

Entre las recomendaciones más sencillas que podemos hacer está la de caminar. Por ejemplo, hacerlo durante 60-90 minutos seguidos al día con una cadencia en torno a los 3-4 Km/hora, constituye una forma espléndida de mantenerse físicamente activo. Tanto los tiempos de paseo como la cadencia del mismo no deben establecerse de forma muy rígida y deben ajustarse a las necesidades individuales de cada persona. La recomendación es que en ningún caso debiera bajar de 40-45

minutos al menos tres días a la semana. El baile de salón puede ser una alternativa adecuada. También la práctica del Tai-Chi está demostrando ser una actividad física especialmente útil para mantener la flexibilidad en las personas mayores.

En sentido contrario, la inactividad física supone un importante factor de riesgo bien demostrado, tanto para la enfermedad cardiovascular como para otros procesos como la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, la depresión, la osteoporosis, la demencia o el ritmo de recuperación tras una cirugía o un proceso médico agudo *intercurrente*.

A nivel colectivo, los profesionales interesados en las personas mayores y también a nivel de organismos y administraciones públicas se deben realizar campañas pro-actividad física en este grupo de edad, contribuyendo así a informar a la sociedad en su conjunto y a las personas mayores en particular sobre las ventajas de la actividad física y de las formas más adecuadas para practicarla. Sobre todo se habrá de luchar por modificar las actitudes y los comportamientos sociales en este campo.

Quizás, para terminar este apartado pueda ser oportuno intentar generalizar como mensaje final aquel aforismo clásico que nos recuerda que «cualquier momento es el momento más adecuado para que una persona de cualquier edad comience a hacer ejercicio».

Principales ventajas de la actividad física en edades avanzadas

- I. Ayuda a mantener una buena masa muscular y estabiliza la densidad mineral ósea, previniendo la aparición y desarrollo de osteoporosis.
- II. Mejora la capacidad aeróbica.
- III. Reduce el riesgo de la enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, hipertensión arterial) y otros factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo o la hipercolesterolemia.
- IV. Modifica favorablemente la homeostasis hidrogenada ayudando a prevenir enfermedades como la diabetes mellitus y la obesidad.
- V. Reduce las tasas de ansiedad, depresión y ayuda a mantener mejor actividad mental.
- VI. Favorece la rehabilitación articular, respiratoria, traumatológica, vascular, post quirúrgica, etc.
- VII. Mejora la calidad de vida.

2. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN: CRECIENTE SOBREPESO EN LA VEJEZ

Existen unos principios generales referidos a la alimentación de las personas mayores, aunque es difícil proponer unas normas de carácter general que valgan para todo el mundo, ya que las circunstancias individuales van a ser muy diferentes de unas personas a otras en función de la propia edad, del sexo, de su estado de salud, la historia dietética anterior, los fármacos consumidos y un largo etcétera de variables.

Por cuestiones de edad en casi todas las personas mayores existen problemas de movilidad del tracto digestivo, problemas de disminución de las secreciones gástricas, problemas de dentición y de disminución de la salivación, y como consecuencia puede verse afectada la alimentación en mayor o menor medida.

También por problemas de salud pueden producirse desequilibrios alimentarios, como es el caso de las personas mayores con diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, alteraciones hepáticas e incluso patologías más graves como el cáncer. Y tampoco puede olvidarse que los medicamentos utilizados para estas enfermedades pueden interferir en la absorción de los alimentos, además de producir problemas gástricos o intestinales.

Por tanto la alimentación de las personas debe tener un contenido calórico suficiente y guardar un equilibrio entre los nutrientes habituales: proteínas, grasas e hidratos de carbono. También es importante controlar adecuadamente la ingesta de micronutrientes, es decir los minerales y vitaminas, sobre todo el calcio y la vitamina D, que actuarían de forma preventiva frente a la osteoporosis. Por último y muy importante en los ancianos es la vigilancia de la ingesta de agua, ya que en ellos existe una mayor tendencia a la deshidratación y su sensación subjetiva de sed es menor, lo cual favorecería esa tendencia.

La valoración nutricional debería ser una preocupación dentro de la política sanitaria y una rutina en el estudio sistemático del sujeto de edad avanzada, y principalmente cobra especial interés en determinadas situaciones como pueden ser las correspondientes a pacientes con problemas con la propia nutrición, en aquellos con enfermedades crónicas de cualquier tipo, y sobre todo en el caso de personas mayores con demencia o Enfermedad de Alzheimer, o en los que han tenido intervenciones quirúrgicas en su tubo digestivo o que toman un número elevado de fármacos.

No hay que perder de vista el creciente **aumento del sobrepeso** en la vejez que se está observando en nuestra sociedad. Algunos autores han

encontrado una relación entre obesidad y mayor riesgo de discapacidad. Un incremento de la obesidad en edades tempranas (jóvenes y adultos) puede conducir a un aumento de las tasas de discapacidad en edades más elevadas (Lafortune et al., 2007). Como ya se ha manifestado, el tipo de alimentación es uno de los factores que influyen en el estado de salud de las personas. Una mala dieta sumada a la falta de ejercicio físico puede conducir a enfermedades del corazón, cerebrovasculares, diabetes, y también a la obesidad.

Se está observando una tendencia general al sobrepeso en las personas mayores. Casi la mitad de las personas mayores tienen sobrepeso (en mayor porcentaje los hombres que las mujeres), entendido éste cuando el índice de masa corporal se sitúa entre el 25 y 29,9 Kg/m². En forma correlativa el porcentaje de obesos (cuando el índice de masa corporal supera los 30 kg/m²) entre la población mayor de 65 años ha aumentado en 11 puntos porcentuales entre 1987 y 2009 hasta situarse en 24,1% (21,49% los varones y 26,2% las mujeres). (INE. Encuesta Europea de Salud, 2009).

B. PROMOCIÓN DE LA SALUD. BÚSQUEDA DE UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO. PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD Y DE LA DEPENDENCIA (PR)

Ya se ha dicho que entre un 40-70% del total de enfermedades son parcial o totalmente prevenibles a través de la modificación en los estilos de vida, manejo y control de los factores de riesgo, y prevención primaria y secundaria.

Debe rechazarse la idea de que la aplicación de medidas preventivas es poco efectiva cuando se establece en personas mayores. Por el contrario, hay que aprovechar al máximo el gran potencial que tienen de cambio de hábitos y comportamientos, y de adherencia a las recomendaciones. Asimismo, debería ser habitual y sistemática la aplicación de las recomendaciones de intervención preventiva en la consulta de atención primaria. La intensidad y selectividad de muchas actividades preventivas para personas mayores puede estar condicionada por factores más importantes que la propia edad, como el estado de salud y, sobre todo, el estado funcional de la persona, así como la expectativa de vida.

Las recomendaciones más importantes de prevención de la salud en las personas mayores, se basan en las directrices de sociedades y organismos de primer nivel: Programa de Actividades de Prevención y

Promoción de la Salud (PAPPS) de la SemFYC, United States Preventive Service Task Force (USPSTF), Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (CTFPHC), American Heart Association, American Academy of Family Physicians, American Medical Association, American Geriatrics Society, American College of Physicians, American Diabetes Association American Cancer Society, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y otros organismos que periódicamente emiten sus recomendaciones respecto a las actividades preventivas con un determinado grado de evidencia.

1. LUCHA CONTRA LOS HáBITOS TóXICOS

a) El Tabaco

El tabaquismo era hace unos años un hábito fundamentalmente masculino. Según la Encuesta Nacional de Salud (INE 2006), el 49,97% de la población nunca ha fumado. El 76,6% de mujeres de 55 a 64 años no ha fumado nunca. En esta situación se encuentra el 24,28% de hombres en ese grupo de edad. Por esto, entre las personas mayores las diferencias por sexo son muy acusadas: el 18,64% de los hombres de entre 65 y 74 años fuma diariamente, mientras que en el caso de las mujeres el porcentaje de fumadoras diarias es de 3,86%. También es muy elevado el número de varones de edad que han dejado de fumar. El porcentaje de hombres de 65 a 74 años que ha dejado de fumar (INE 2006) es de 51,55%, y de 75 años y más es de 57,46%, mientras que los porcentajes de mujeres que han dejado de fumar es de 5,92% (65 a 74 años) y de 2,89% (75 años y más). Probablemente tenga esto que ver con restricciones por razón de enfermedad (consejo médico).

Actividad Preventiva: Lucha contra el Tabaquismo

Edad Recomendada: Todas las edades

Recomendación: Preguntar, ofertar consejo y ayuda cada 2 años si es persona fumadora. Si no fuma o lleva mucho tiempo de ex fumador no es necesario.

Intervención sobre los que quieren dejar de fumar. Han demostrado eficacia: consejo médico y de enfermería, terapia intensiva individual o grupal.

Grado de recomendación: A

b) El Alcohol

Existen diferencias en el consumo de alcohol atendiendo a la edad de la población. Según muestra la Encuesta Nacional de Salud (INE, 2006) el consumo a edades tempranas es alto (un 72,64% de las personas de

16 a 24 años declara haber consumido alcohol en los últimos 12 meses); va en aumento hasta los 44 años y a partir de entonces comienza a descender, aunque la ingesta de bebidas alcohólicas es importante incluso a los 75 y más años (46,3%).

Las diferencias más significativas las encontramos en relación con el sexo. El porcentaje de mujeres que consumieron alcohol no llega al 70% en ningún tramo de edad; en cambio en los varones siempre se supera esta cifra excepto en el tramo de mayor edad (75 años y más). El 42,16% de las mujeres de 65 a 74 años, y el 31,15% de las de 75 años y más, habían consumido alcohol en los últimos 12 meses. Entre los varones de 65 a 74 el porcentaje se eleva a 78,56% y en los de 75 años y más a 66,78%.

El consumo de vino a diario (probablemente en las comidas) está más generalizado entre las personas mayores; un 56,4% de las personas de 65 a 74 años que declararon consumir alcohol bebe vino cuatro o más días a la semana, y un 60,2% de los de 75 y más. Entre las personas mayores que consumen alcohol el vino es la bebida más popular; la población más joven suele beber también otros productos alcohólicos, como la cerveza.

Actividad Preventiva: Consumo de Alcohol

Edad Recomendada: Todas las edades

Recomendación: Investigar el consumo, cuantificación y consejo de cese periódico. Búsqueda de casos, o estar alerta ante síntomas o signos de abuso.

Grado de recomendación: B

2. VACUNACIONES

El interés de las personas mayores por la propia salud se manifiesta en algunos servicios o consultas especializadas. La Encuesta Nacional de Salud 2006 calcula que en la campaña de vacunación contra la gripe 2005 participaron 4.851.000 personas mayores de 65 años, el 66,8% de este segmento etario. Entre las personas de menos edad sólo se vacunó un 10,8%.

En esta campaña se vacunaron el 62,33% de los hombres de 65 a 74 años y el 77,18% de los de 75 años y más. En cuanto al porcentaje de mujeres fue de 59% y 72,9% respectivamente en esos grupos de edad.

a) Actividad Preventiva: Vacuna de la gripe

Edad Recomendada: > 65 años

Recomendación: Vacunación anual sistemática. Vacunación a grupos con enfermedades crónicas o de riesgo de cualquier edad.

Grado de recomendación: A

b) Actividad Preventiva: Vacuna del tétanos-difteria

Edad Recomendada: Todas las edades

Recomendación: Primovacunación si no se ha vacunado previamente. Dosis de recuerdo cada 10 años

Grado de recomendación: A

c) Actividad Preventiva: Vacuna antineumocócica

Edad Recomendada > 65 años

Recomendación: Vacunación al menos una vez

Grado de recomendación: A

Recomendación: Si pertenece a un grupo de riesgo (enfermedades crónicas pulmonares, cardiovasculares, metabólicas, institucionalizados) revacunar cada 6 años.

Grado de recomendación: C

3. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Para prevenir la dependencia, según la OMS, es necesario fomentar el envejecimiento activo y que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y especializada, y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración.

Las actividades preventivas y de promoción de la salud deben comenzar en la infancia, lo que contribuye al envejecimiento saludable. El objetivo de estas actividades en los mayores es aumentar la expectativa de vida activa libre de incapacidad, prevenir el deterioro funcional y, cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo para que la persona mayor pueda permanecer en su domicilio con el máximo de independencia posible.

La valoración funcional se considera prioritaria por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud, de la calidad de vida, un buen predictor de morbimortalidad y del consumo de recursos asistenciales. Dado lo heterogéneo de esta población, se deberá decidir la realización de las actividades en función del beneficio individual, marcado no tanto por la edad del individuo, sino por la expectativa de vida. Por lo tanto, es necesario incidir en la realización de actividades preventivas en la población mayor sin discriminación por razones de edad.

La prevención de la dependencia en las personas mayores, siguiendo el patrón habitual de prevención de la enfermedad (promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria), resultaría de:

- Promoción de la salud. Medidas sanitarias, sociales, económicas, legislativas y políticas dirigidas a individuos y comunidades, destinadas a incrementar el control sobre los determinantes de salud, para mejorarla, actuando sobre estilos de vida, factores personales o medioambientales que contribuyen a preservarla.
- Prevención primaria de la dependencia. Medidas dirigidas a disminuir su incidencia, por lo tanto establecidas sobre individuos no dependientes, sin afectación de las AVD, para evitar la aparición de la dependencia. Incluye tanto actividades clásicas de prevención primaria (vacunaciones, evitar accidentes o el tabaquismo, etc.), como el correcto manejo de factores de riesgo y de situaciones más específicas de personas mayores relacionados con la aparición de dependencia (síndromes geriátricos, medicación, hospitalización, deficiente soporte social, etc.) en personas que aún mantienen la funcionalidad íntegra.

Incide también sobre personas mayores sanas, pero sobre todo en las personas mayores de riesgo determinado a partir de la existencia de esos factores predictores, y a las personas mayores con enfermedades crónicas, pero que aún no tienen afectación funcional establecida.

- Prevención secundaria de la dependencia. Consiste en la intervención sobre la situación de pérdida de funcionalidad precoz, cuando todavía existen posibilidades de reversión o de modificación de su curso, y por lo tanto, de mejorar su pronóstico. Es un concepto ligado a la persona mayor de riesgo, considerado según el deterioro funcional precoz, incipiente, leve, o antes incluso de que se manifieste clínicamente. Son limitaciones para realizar el cribado: no disponer de los instrumentos precisos para identificar a estas personas mayores, así como el déficit de recursos para el abordaje de los casos detectados.
- Prevención terciaria de la dependencia. Medidas dirigidas a la persona mayor dependiente, con el fin de abordar sus problemas, aminorar sus consecuencias o actuar sobre su progresión. Por ejemplo, las medidas rehabilitadoras, de fisioterapia, de soporte a cuidadores, correcto tratamiento de la patología derivada del inmovilismo, etc.

4. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y SU PREVENCIÓN

Las personas mayores y sus familias y también los profesionales perciben los problemas de salud mental como una consecuencia inevitable

del envejecimiento, y no como problemas de salud que pueden mejorar si se utiliza el tratamiento adecuado.

En la Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España (junio 2007), se concluyó que la promoción de la salud mental requiere, entre otras medidas, políticas sociales globales y promoción de la investigación comunitaria participativa junto con asociaciones ciudadanas y entidades cívicas no limitadas a las personas mayores: actividades transversales orientadas al mantenimiento de la actividad mental, el interés por el entorno y la ocupación.

En el «Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar» (UE, junio 2008) en relación con las personas mayores se recomienda impulsar un envejecimiento saludable y activo, como uno de los objetivos clave de prevención de los trastornos mentales. Y se insta a que se tomen las siguientes medidas:

- Facilitar la participación activa de las personas mayores en la vida de la comunidad fomentando la actividad física y las oportunidades educacionales.
- Desarrollar esquemas de jubilación flexibles que permitan a las personas mayores seguir en su puesto de trabajo durante más tiempo, ya sea a jornada completa o tiempo parcial.
- Desarrollar medidas para fomentar la salud mental y el bienestar entre las personas mayores que reciben cuidados (médicos y/o sociales) en el ámbito comunitario e institucional.
- Establecer medidas de apoyo a los cuidadores.

C. CRIBADO DE ENFERMEDADES Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS (PGG)

La eficacia de las medidas de despistaje de determinadas patologías muy severas y de alta prevalencia entre la población mayor sigue siendo un tema controvertido. La mayor efectividad de estas medidas de prevención secundaria debe esperarse cuando:

- 1.—Existe una probabilidad alta de que permitir el progreso de la enfermedad no detectada acorte la vida y/o reduzca su calidad.
- 2.—Una intervención en la fase asintomática vaya a reducir la morbimortalidad de forma más eficaz que tratar la propia enfermedad una vez aparecidos los síntomas.

3.—Existen posibilidades reales de aplicar medidas terapéuticas eficaces.

Cuando planteamos la necesidad de revisiones periódicas y sistemáticas, en orden a detectar y corregir problemas no conocidos, debemos asegurar previamente la posibilidad real de llevarlas a efecto. También su inocuidad, su carácter no agresivo para la salud del paciente e, incluso, en algunos casos para su economía. Debemos contar con su consentimiento, y, muy importante, estar seguros de poder tomar medidas adecuadas en el caso de que la revisión ponga de manifiesto la existencia de enfermedades, riesgos o problemas no conocidos con anterioridad.

Medidas de cribado en población de edad y grado de evidencia.

Tipo de medida	Recomendación	Evidencia
Tensión arterial	Al menos una vez al año	A
Examen de mama	Anual > 40 años	A
Mamografía cada 1-2 años: 50-69 años		
Cada 1-3 años:	70-85 años	A
Colesterol	Cada 5 años	C
Vista y oído	Anual > 65 años	C
Boca	Anual > 65 años	C
Sigmoidoscopia	Cada 3-5 años en > 65 años	B
Glaucoma	Periódico en > 65 años	C
Densitometría	En población en riesgo	C
Pulmón, corazón	Anual	C
Próstata	PSA/examen físico anual	C-D
Ansiedad y Depresión: Detección de casos, Tratamiento y derivación si procede		B

El nivel de evidencia se clasifica en los siguientes niveles:

- A: Buena evidencia para mantener la recomendación de que la condición sea considerada para su inclusión en un examen periódico de salud.
- B: Evidencia real pero escasa en el mismo sentido.
- C: Evidencia pobre en el mismo sentido, pero recomendación basada en otras fuentes.
- D: Evidencia insuficiente para excluir la posibilidad de que la condición analizada pueda ser incluida en el examen periódico de salud.

E: Evidencia suficiente para excluir la recomendación de incorporar la recomendación al examen básico de salud.

1. PREVENCIÓN DE LA IATROGENIA

La iatrogenia se considera la reacción adversa a medicamentos o cualquier efecto perjudicial producido por un fármaco utilizado a las dosis habituales o que haga que su utilización posterior suponga un riesgo inusualmente elevado; ello obligaría a la suspensión del mismo.

El paciente mayor suele presentar varias enfermedades para las cuales toma distintos fármacos, de esta manera se incrementa el potencial de presentar una respuesta inadecuada y no deseada. En consecuencia, de forma preventiva antes de iniciar cualquier tratamiento es importante tener presente una serie de principios generales y básicos:

- a) Necesidad de utilizar el fármaco. En muchas ocasiones no es imprescindible el tratamiento farmacológico. Es un hecho constatado la mejora de algunos pacientes al suspender medicamentos que estaban tomando. Un fármaco no debe ser utilizado por más tiempo del necesario y es básico revisar de forma periódica la medicación prescrita.
- b) El margen entre el efecto terapéutico de un fármaco y su potencial toxicidad es tan estrecho para alguno de ellos que su indicación puede ser correcta en un joven y estar contraindicada en una persona mayor.
- c) La polifarmacia aumenta de forma exponencial la posibilidad de experimentar un efecto adverso. A esta situación debemos añadir el aumento en la probabilidad de cometer errores cuando el paciente no toma la medicación bien por omisión de la misma, disminuyendo su eficacia, o por tomar varias dosis, incrementando su toxicidad.
- d) Se debe elegir la presentación más adecuada. Las presentaciones como cápsulas, comprimidos o tabletas pueden ser mal toleradas o presentar dificultades para su deglución. Una buena alternativa es la utilización de jarabes, soluciones, formas dispersables o comprimidos efervescentes. Cuando se emplean varios fármacos en un mismo paciente se debe considerar la posibilidad de administrar presentaciones con distintos colores y formas con el fin de evitar equívocos. Si son fármacos de difícil o compleja aplicación se debe explicar de forma clara y concisa el modo correcto de utilización.
- e) Como norma general las dosis a utilizar en las personas de edad son menores que en los adultos. Sin embargo, este dato sólo está claramente contrastado para algunos medicamentos. El ajuste posológico-

co debe ser cuidadoso, comenzando con dosis pequeñas para posteriormente ir aumentándolas según la respuesta observada «start low and go slow».

- f) Suele ser de gran utilidad hacer coincidir su administración con alguna actividad que refuerce la memoria del paciente. Al mismo tiempo, es preferible la administración de una única dosis al día, ya que la comodidad mejora el cumplimiento.
- g) Se debe emplear todo el tiempo que sea necesario para informar a las personas mayores en cuanto a la utilización de los medicamentos. A veces puede ser necesaria la colaboración de un responsable, familiar, vecino o amigo que pueda ayudarle. En general, ante un paciente mayor siempre hay que intentar que se tome el menor número de medicamentos, utilizar formas bien toleradas y con pautas simples, ajustar la dosis y/o educar al paciente y/o familiares sobre el uso correcto y sobre la importancia de la no automedicación.

2. FÁRMACOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

Desde la perspectiva de la prevención, el tema de los fármacos en la persona mayor ofrece una dualidad importante. Por una parte, es necesario recurrir a ellos como vía eficaz para la prevención de diferentes enfermedades o trastornos metabólicos. Por otra parte, el riesgo aumentado de iatrogenia obliga a ejercer una vigilancia continua.

Algunos ejemplos de prevención primaria y secundaria son los siguientes:

- La *aspirina* ha demostrado su eficacia en la prevención secundaria de ictus en pacientes con accidente isquémico transitorio y en prevención de infarto de miocardio no fatal y mortalidad cardiovascular en personas con infarto de miocardio o angina inestable previa.

Sin embargo existen controversias entre las diferentes sociedades científicas. La Canadian Task Force concluía que no había suficiente evidencia para recomendar la aspirina en prevención primaria de enfermedad cardíaca. La Sociedad Europea de Cardiología recomendaba dosis bajas de aspirina (75 mg) para pacientes con hipertensión bien controlada y hombres con particular alto riesgo para cardiopatía isquémica pero no para todos los pacientes con alto riesgo. La USPSTF no recomienda aspirina para prevención primaria de infarto de miocardio asintomático en mujeres y hombres. Pero sí la recomienda en pacientes con alto riesgo de enfermedad cardíaca y valorar con el paciente potenciales riesgos y beneficios.

- El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial ha sido también motivo de controversia sobre todo en edades superiores a los 85 años. El principal motivo es la carencia de evidencia científica, a pesar de la relevante información epidemiológica existente sobre hipertensión arterial y población anciana. En los últimos años se han puesto en marcha importantes estudios que están empezando a confirmar la necesidad y los beneficios del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en este grupo etario. Desde un punto de vista práctico, se podría establecer:

Prevención primaria: mantener el LDL-colesterol por debajo de 130 mg/dl. Esto se conseguirá con cambios en los hábitos de vida y únicamente se aplicaría tratamiento farmacológico si coexisten dos o más factores de riesgo adicionales.

Prevención secundaria: dirigida a personas con eventos cardiovasculares previos, a diabéticos independientemente del estado vascular y a personas mayores con equivalentes de riesgo. El objetivo es mantener el LDL colesterol por debajo de 100 mg/dl con cambios en los hábitos de vida y utilización de fármacos, estatinas como fármacos de primera elección, cuando los niveles de LDL son superiores a 130 mg/dl.

- La fibrilación auricular no valvular es una arritmia muy frecuente en el anciano y que aumenta con la edad. Cada año el 4% de pacientes con fibrilación auricular tienen un accidente cerebrovascular. Se estima que el tratamiento anticoagulante oral con *dicumarínicos* reduce el riesgo en dos tercios.
- La patología osteoarticular constituye una de las principales causas de discapacidad, el 37% de los discapacitados presentan deficiencia ósea y/o articular. La osteoporosis se ha demostrado que puede tratarse eficazmente y sobre todo prevenir las consecuencias más incapacitantes como las fracturas. El *suplemento de calcio* (dosis de 500 mg/día) y *vitamina D* (dosis de 700-800 UI/día) y los bifosfonatos han demostrado que pueden aumentar la densidad ósea y prevenir fracturas.

D. USO DE LAS INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS POR LOS MAYORES

Los mayores son grandes usuarios de los servicios sanitarios y suelen estar bastante satisfechos con ellos.

1. LA ATENCIÓN PRIMARIA

Ocupa un lugar preferente tanto en la prevención como en la asistencia de las personas mayores. El 97% de la población mayor de 65 años es atendida por los equipos de atención primaria. Un total de 37,2% de las personas de la población española ha *consultado* con algún médico de atención primaria en las cuatro últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad. En el grupo de personas de 65 años y más esta cifra alcanza el 58,3%. Un 42,6% de las personas de la población española ha sido *diagnosticada de una enfermedad* en las cuatro últimas semanas. Del grupo de personas de 65 y más años lo han sido un 28,5%. Las diferencias entre uno y otro grupo de edad se manifiestan en que los mayores van en mayor medida sólo a recoger recetas y a hacerse revisiones pero acuden menos para evaluar el diagnóstico de una enfermedad o problema de salud. (Imsero, Las Personas Mayores en España, 2008)

2. CONSUMO DE RECURSOS HOSPITALARIOS

La morbilidad hospitalaria es un indicador útil para conocer y comparar el nivel de salud de las personas y la distribución de las enfermedades. La tasa de utilización hospitalaria se sitúa en torno al 8,9% de la población (INE. Encuesta Nacional de Salud, 2006). En cuanto a la hospitalización por parte de las personas mayores, las tasas aumentan a medida que aumenta la edad, siendo la tasa del 13,5% en los mayores de entre 65-74 años y del 17% en los de 75 años y más. En cuanto al sexo, en este caso se observa que han sido hospitalizados en un mayor número los hombres (18,6% con 75 años y más) que las mujeres (15,8%). Los motivos de ingreso según el orden de importancia en cuanto a estancias hospitalarias entre los enfermos de 65 y más años son en primer lugar las enfermedades circulatorias (22,6%); en segundo puesto las respiratorias (13,7%), y el tercero los tumores (12,9%). Las estancias por problemas circulatorios y tumorales suelen ser más largas con una estancia media de 9,3 días y de 11 días respectivamente. Los indicadores sobre la duración de las estancias muestran de nuevo un mayor uso por parte de las personas mayores.

El uso de los servicios de urgencias hospitalarias presenta un patrón diferente, ya que son las personas de 34 y menos años las que más utilizan este servicio.

Contabilizando todas las estancias, casi tres de cada cuatro (74,6%) del total de ingresos por enfermedades circulatorias son atribuibles a

personas mayores. En el resto de especialidades hospitalarias, los mayores ocupan en torno al 50% de todas las estancias provocadas por cualquier causa.

Aproximadamente el 10% de los mayores de 65 años ingresan al menos una vez al año en un hospital general. La hospitalización es un desencadenante reconocido en la aparición o progreso de deterioro funcional en el paciente mayor. Es conocido que de los mayores de 70 años que desarrollan discapacidad a lo largo de un año, en el 50% existe el antecedente de hospitalización en ese período de tiempo, antecedente que se eleva hasta el 75% de aquellos que desarrollan dependencia. (INE. Encuesta Nacional de Salud, 2006).

APORTACIONES

Nuevas recomendaciones aportadas por Asociaciones, Instituciones y Organizaciones.

- *Establecer políticas y programas educativos y preventivos que promuevan el autocuidado en su entorno. Consejo Estatal de Personas Mayores. CCOO.*
- *Estructurar la coordinación socio sanitaria rentabilizando los recursos existentes. Consejo Estatal de Personas Mayores. CCOO. CEOE-CEPYME.*
- *Reforzamiento en el sistema de prevención terciaria a personas mayores con procesos agudos, potenciando modelos y recursos que permitan a las personas mayores en fase sub aguda o rehabilitadora, recuperar una situación de autonomía personal. CEOE-CEPYME.*
- *Profundizar en la cooperación público-privada de las políticas públicas destinadas a la atención de las personas mayores. CEOE-CEPYME.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Políticas orientadas a la educación ciudadana y a los profesionales sanitarios.

Para ello se considera necesario:

- a) Desarrollar modelos de intervención de eficacia contrastada, priorizando aquellas propuestas sobre las que existe evidencia clara en la literatura geriátrica.
 - i. Actuaciones sobre aspectos relacionados con los estilos de vida.
 - ii. Actuaciones orientadas hacia la detección precoz de procesos con un alto grado de prevalencia y con un elevado riesgo, bien de morbilidad inmediata, bien de generar complicaciones a medio o largo plazo que puedan comprometer el pronóstico vital y la propia calidad de vida
- b) Concienciar a los profesionales de la salud, de la educación y de los Servicios Sociales, junto con los profesionales de la información por la propia especificidad de su trabajo, de su responsabilidad y competencia en plantear y desarrollar estas medidas de intervención educativa.
- c) Implicar en el desarrollo de estas políticas a todas las Administraciones y a todos los colectivos, desde sociedades científicas, asociaciones profesionales o sindicatos, hasta redes civiles y asociaciones ciudadanas de muy distinto signo.
- d) Desarrollar programas de sensibilización y formación hacia los profesionales sanitarios.

2. Políticas orientadas a la organización de dispositivos asistenciales en atención primaria y especializada.

Ello supone:

- a) Avanzar en establecer el contenido y la estrategia de aplicación de la valoración geriátrica integral (VGI) o global (VGG) en el primer nivel asistencial.
- b) Actuar de forma preferente sobre aquellas personas mayores frágiles con deterioro físico-funcional reciente o incipiente, ya que en ellos hay mayores posibilidades de modificar el rumbo hacia un mayor deterioro y eventos negativos.
- c) Promover que los hospitales cuenten con una asistencia geriátrica especializada, adaptada a las necesidades de cada individuo, familias y cuidadores.

- d) Promover los conocimientos geriátricos en Atención Primaria, en los servicios sociales, así como la enfermería geriátrica para posibilitar el mayor nivel de independencia posible y que la persona mayor pueda continuar viviendo en su domicilio habitual.
- e) Fomentar el trabajo interdisciplinar.

3. Promover la coordinación sociosanitaria sobre los siguientes principios

- a) La coordinación entre servicios sanitarios y sociales es un objetivo permanente. Figura como prioridad política y asistencial en la mayoría de los documentos publicados en las últimas décadas en relación con las medidas a tomar para afrontar el hecho del envejecimiento de la población.
- b) La coordinación sociosanitaria parte del reconocimiento de las competencias atribuidas a cada una de las administraciones, sanitaria y social, autonómica y general del Estado. El principio de equidad debe presidir todas sus actuaciones.
- c) Se han de promover experiencias y buenas prácticas de gestión sociosanitaria, pilotando diferentes modelos de gestión de casos que actualmente se realizan en otros países.

