

PROFILAXIS DE LAS ENFERMEDADES

EN LA VEJEZ

DR. JESUS SANCHEZ CARO

INTRODUCCION

Parece evidente, que la función más importante de un servicio de salud dedicado a personas de edad, sea ^{la de} ~~o~~ lograr que dichas personas permanezcan sanas el mayor tiempo posible, en lugar de ^{"tener"} ~~tratarlas~~ cuando están enfermas. La realidad es otra muy distinta, puesto que los médicos frecuentemente nos encontramos ante personas de edad avanzada enfermas, muchas veces en estados finales de su enfermedad y frecuentemente inmersas en un medio social y económico muy deteriorado. Por supuesto, que el objeto de la GERIATRIA PREVENTIVA no es de ninguna manera prevenir el envejecimiento ni tampoco prolongar la vida. Sabemos que la longevidad está programada genéticamente, tanto a escala genérica como familiar, y que los longevos son hijos y nietos de longevos. El propósito de la Geriatria Preventiva no es tan ambicioso aunque sí más práctico: promover la salud, detectar precozmente la aparición de las enfermedades, tratarlas precozmente cuando hayan aparecido, y evitar las secuelas invalidantes dentro de lo posible. Su acción se lleva a cabo, pues, en tres niveles: primario, secundario y terciario.

No interesa, por tanto, describir en primer lugar, las llamadas enfermedades de la vejez, que son aquellas que están ligadas de forma especial a las alteraciones progresivas e irreversibles de la edad y que, por tanto, se elevan al final de la vida. Su estudio y tratamiento es el objeto de la Geriatria, que de un modo más amplio ha sido definido por el famoso geriatra - Ferguson Anderson como "la rama de la medicina que se ocupa de la salud de la población anciana, en los aspectos clínicos, sociales, preventivos y terapéuticos de las enfermedades seniles". La menor disposición de medios económicos, el vivir en el medio rural y un bajo grado de instrucción favorecen su aparición. Aunque casi todas las enfermedades pueden ser padecidas por el anciano, pasaremos revista sólo a las más frecuentes e importantes, que como señaló la O M S en su informe sobre Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos en 1.974, son las -

2

siguientes: ^{Las} enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares, el cáncer, las afecciones del sistema locomotor y los accidentes, las enfermedades mentales y los estados patológicos que -- afectan al oído y a la vista.

Las enfermedades cardiovasculares, constituyen el problema mayor de salud pública en todos los países desarrollados. En conjunto representan alrededor del 50% de las causas de mortalidad y aunque su acción letal empieza desde el nacimiento, -- con las enfermedades congénitas del corazón, el grupo de ^{fallecido} mayor incidencia lo representan los de más de 65 años. La evolución en España es típica. A principios de siglo constituían un 14% del total de defunciones (72.918 defunciones cardiovasculares). En los años 70 se ~~han~~ alcanzado las cifras del 43%, lo que suponía 120.898 defunciones de un total de mortalidad general de --- 280.170 defunciones. Diversificada cuantitativamente en los distintos componentes relativos, en cifras, ~~de~~ 1.972, suponían:

Enfermedad hipertensiva, 2.433 fallecimientos.

Enfermedades isquémicas del corazón, 21.606 fallecimientos.

Enfermedades cerebro-vasculares, 44.859.

Otras enfermedades del corazón, 30.720.

Aunque su etiología y su patogenia no están del todo aclaradas, se sabe que la arterioesclerosis juega un papel fundamental.

En segundo lugar en importancia se encuentran las enfermedades malignas, cuya incidencia en las personas de edad avanzada, es mucho más alta que en los grupos de edades más jóvenes. Como señala la O M S, los países que han establecido registros del cáncer dan una prevalencia de enfermedades malignas, en el grupo de edad de 65 a 74 años, comprendida entre más de 700 y más de 1.000, por 100.000 habitantes.

5

En tercer lugar se encuentran los traumatismos, que -- producen con una frecuencia extraordinaria fracturas en las personas de edad (el 90% de ellas). Aunque no se ha llegado a una ~~conclusión~~ ^{conclusión} definitiva todavía, parece que es la osteoporosis (disminución de la masa ósea) la principal causa de que las caídas - accidentales les produzcan tantas fracturas.

El siguiente lugar en importancia lo ocupan los trastornos mentales. Un grupo científico de la O M S informó recientemente, en 1.972, sobre esta cuestión, analizando los dos componentes principales de las enfermedades mentales en las personas de edad avanzada, esto es, los factores biológicos y sociales que tan a menudo se combinan y producen problemas específicos.

Los factores biológicos contribuyen a la presencia de padecimientos como la demencia y las secuelas psiquiátricas de las infecciones, la mal nutrición, los trastornos circulatorios, la disminución de la visualidad y la audición, y la locomoción - lenta. Entre los factores sociales se pueden citar la pérdida de un familiar, el aislamiento social, el sentimiento de inutilidad, la incapacidad para adaptarse y hacer frente a las circunstancias ambientales en rápida evolución y el hecho de que la sociedad no adopte una actitud adecuada hacia sus miembros de edad avanzada.

De todos los trastornos psíquicos del anciano, los más frecuentes son indudablemente las depresiones. La persona deprimida puede llorar fácilmente, o bien mostrar un marcado sentimiento de desesperanza, expresándonos su falta de fe. Nada tiene valor para ella y cualquier decisión, por mínima que sea, le cuesta un gran esfuerzo. Su actividad física puede disminuir -- considerablemente, permaneciendo grandes periodos sentada sin -- hacer nada o tumbada en la cama. Es frecuente que aparezcan --- ciertas modificaciones físicas: estreñimiento, falta de apetito con el consiguiente adelgazamiento; y también la situación contraria, es decir, el aumento exagerado del apetito y la tenden-

cia a engordar. Lo importante es saber que las depresiones en los ancianos, si son detectadas y tratadas médicamente de una forma adecuada, evolucionan favorablemente hacia la curación. No se debe caer, por tanto, en el error de juzgarlos "seniles" o de creer que sus cerebros están enfermos de manera irreversibles.

Existen otros muchos estados patológicos que tienen un efecto incapacitador por abolir o disminuir considerablemente la capacidad funcional del anciano. Entre estos estados figuran la mal nutrición, la diabetes, las afecciones pulmonares, las enfermedades del sistema locomotor y de las vías génitourinarias, la enfermedad de Parkinson, el glaucoma y ~~las~~ ^{otras} afecciones de los ojos y los oídos.

MEDIDAS GENERALES DE GERONTOFILAXIS

La medicina preventiva en los ancianos ha establecido tres líneas principales de ataque para luchar contra la enfermedad. Lo primero es tratar de preservar tanto tiempo como sea posible el estado de salud física según avanza la edad; lo segundo, mantener la salud mental; y en tercer lugar, ^{prolongar} ~~mantener~~ su situación y ~~status~~ social lo más posible.

-Mantenimiento de la salud física

Existen causas obvias que producen problemas de salud física en el individuo de edad ^y que pueden ser debidamente controladas. Entre ellas destacan, fundamentalmente, la obesidad y la hipertensión.

En algunos estudios, se ha demostrado que un aumento de peso por encima del 24% del normal, produce un aumento de la presión arterial y aumenta la mortalidad. Se ha comprobado también, ^{que las personas obesas} ~~raramente~~ llegan a una edad avanzada, y que cuando esa ---

obesidad se produce por encima de los 60 años, las personas que la padecen tienen numerosos problemas de salud, y están predispuestas a enfermedades cerebrales o cardíacas.

Otro problema que se puede controlar para prevenir ~~las~~ enfermedades en los ancianos, es el de la hipertensión. Sin embargo, es muy importante tener en cuenta que las variaciones de presión arterial en las personas mayores son muy amplias, ~~tal como se indica en la tabla adjunta~~. Por tanto, antes de decidir la utilización de un tratamiento hipotensivo, se deberán tener muy en cuenta estas variaciones normales de la tensión arterial de acuerdo con la edad. ~~Conviene~~ señalar que el realizar un diagnóstico precoz en Geriatria es en ocasiones muy difícil y ello por diversas razones. En primer lugar, porque las enfermedades en los ancianos se presentan de forma múltiple, es decir, existe una polimorbilidad en un mismo individuo. En segundo lugar, la sintomatología suele ser poco llamativa e incompleta. Así, podemos encontrar una meningitis sin que aparezca de forma evidente su síntoma más importante, la rigidez de nuca. Además, la sintomatología es atípica, pudiendo encontrar infecciones que cursan sin fiebre o infartos sin dolor. Los tumores presentan a menudo una progresión lenta y poco dramática, con dolor menos vivo que en el adulto. Si a esto añadimos que los viejos e incluso sus familiares suelen banalizar las molestias, el diagnóstico se presenta a veces muy difícil.

Para realizar una detección precoz en las enfermedades físicas en los ancianos, es condición fundamental también el realizar un completo examen físico y psíquico, que es lo que se conoce con el nombre de chequeo. Este chequeo, que ahora pasaremos a describir, conviene realizárselo a grupos de personas de edad que muestran un alto riesgo de enfermedad. Principalmente a aquéllos que viven solos, a aquéllos que han perdido recientemente a un ser querido, sobre todo a los que han enviudado, así como ^uaquéllos que presentan algunas dificultades de tipo locom

punto
5
aparte

tor, ~~demuestran~~ ^o demuestran ya signos de afectación mental, y finalmente, a aquéllos que han salido recientemente del hospital, y ~~a aquéllos~~ ~~otros que~~ se encuentran aislados, con dificultad de comunicación social.

Lo ideal es que el chequeo lo realice el médico de cabecera del enfermo, quien le conoce y le comprende bien y que él sea el que solicite las pruebas del laboratorio que considere necesarias o le envíe al especialista adecuado o bien aconseje la observación temporal en una clínica u hospital. Aunque es obligatorio explorar todos los órganos, nunca se olvidaran del corazón, ~~el~~ sistema vascular, los pulmones y el aparato génito-urinario (la próstata, en el hombre). Es fundamental realizar, en la exploración cardiaca, una radioscopia y un electrocardiograma, así como medir la presión arterial. Se observará igualmente si existe o no una buena circulación periférica. El examen de las articulaciones precisa de un estudio radiográfico y de la comprobación del estado de los huesos, así como la realización de algunas pruebas de laboratorio, entre ellas las específicas del reumatismo. Se precisa también un análisis sistemático de sangre, y otro de orina. Nunca se debe olvidar la investigación de las cifras de urea, glucosa, ácido úrico y colesterol. Ya hemos hablado de la importancia de la obesidad. También habrá que chequear el aparato digestivo y finalmente, prestar especial atención a la detección del cáncer, la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo, los trastornos de la agudeza visual y auditiva y los posibles signos de enfermedades psíquicas.

La dieta es otro de los factores básicos para mantener en buen estado la salud física y mental de los ancianos. Ya hemos mencionado anteriormente que ellos están más expuestos a la mal nutrición que otros sectores sociales. Se han descrito toda una serie de causas de mal nutrición en los ancianos, entre ellas señalemos las siguientes: →

Soledad y aislamiento, ignorancia, confusión mental, impedimento físico, miseria, enfermedades agudas o crónicas, dificultades en la dentadura , mala absorción intestinal, alcoholismo y pérdidas de proteínas en determinadas enfermedades. Sabemos, -- también, que si bien las necesidades energéticas de las personas de edad son inferiores ^(o las) de la gente adulta o joven, requiriendo regímenes de menor cantidad de calorías (2.400 calorías para un hombre entre 65 y 75 años y 2.100 calorías para una mujer de la misma edad), precisan sin embargo una tasa de proteínas similar a la de los adultos jóvenes, es decir, alrededor de 1 gramo diario por cada Kilo de peso corporal. En general, los regímenes demasiados ricos en grasa son nocivos para los ancianos, ya que les exponen al riesgo de padecer una arteriosclerosis, como más adelante señalaremos. También la tasa de hidratos de carbono tiene que ser limitada, calculándose que no puede superar los 340 gramos para el régimen de las 2.400 calorías. Entre las sales minerales que precisan hay que destacar el calcio y el hierro. Dado que el 99% del calcio se encuentra localizado en el esqueleto en forma de fosfato y bicarbonato cálcico, se le ha considerado indispensable para prevenir la osteoporosis. En realidad, según un grupo de expertos de la FAO y de la OMS, no parece estar probado que su causa sea un inadecuado suministro dietético de calcio y que, por tanto, pueda prevenirse mediante una alimentación rica en él. También se ha señalado la gran frecuencia de la falta de vitamina D entre -- los ancianos. En cuanto al hierro, es corriente su disminución en la dieta, ya que suelen eliminar alimentos costosos, como el hígado, muy rico en él. El hierro abunda también en las espinacas, las verduras y las lentejas. Se ha hablado también, de que los ancianos suelen presentar hipovitaminosis dietéticas, -- como la carencia de vitamina C si les faltan verduras y frutas de buena calidad y convenientemente preparadas y cocinadas; o falta de vitamina B, si no consumen a diario huevos, carne o las dos cosas. La vitamina D, que como hemos dicho suele faltarles, protege contra la desintegración del hueso y son preci

4

Samente las personas mayores quienes generalmente la tienen disminuida. Pero la desintegración del hueso se produce también como consecuencia de la inactividad, por falta del ejercicio necesario. Digamos, finalmente, que el agua debe consumirse en cantidades importantes, de 1,5 a 2 litros diarios, ya que además de facilitar la función renal evita la deshidratación.

Se presta actualmente una gran atención en todo el mundo a la investigación de la arteriosclerosis, la enfermedad más frecuente en la vejez y que como sabemos puede manifestarse en cualquier localización, tanto en el corazón, en forma de coronariopatía que da lugar a un infarto, como en el cerebro, ocasionando un síndrome de insuficiencia cerebro-vascular (dolor de cabeza, vértigo, mareos, pérdida de memoria y otros síntomas), bien de forma transitoria o en la forma más grave de trombosis o hemorragias. También puede ser de localización abdominal, afectar al riñón o a las extremidades. La manera más inteligente de luchar contra ella es prevenir los llamados factores de riesgo, algunos de ellos ya mencionados anteriormente. Entre otros: el aumento de grasa en sangre o hiperlipidemia, el aumento de la tensión arterial, la obesidad, el stress, la vida sedentaria, el tabaco, el alcohol, la diabetes y el ácido úrico. Me interesa especialmente señalar en esta conferencia, que en la actualidad parecen eliminadas las dudas sobre la hipótesis de que el aumento de grasas en sangre, sobre todo del colesterol y de los ácidos triglicéridos, juega un importantísimo papel en la aparición de la arteriosclerosis, de la llamada "epidemia del siglo XX". A esta conclusión se llegó en el 5º Simposium Internacional ^{Subre} de Arteriosclerosis, celebrado en noviembre de 1.979 en Houston, Texas, por 1.200 expertos procedentes de todo el mundo. En ~~la diapositiva~~ ^{un} ~~que nos muestra aparece la representación gráfica de~~ estudio, realizado en EE.UU., Grecia, Finlandia, Japón, Italia, Yugoslavia y Holanda ^{aparece la} ~~que muestra~~ una estrecha correlación entre el nivel de colesterol en sangre y los fallecimientos por coronariopatías. -

9

Estudios preventivos han demostrado que tan sólo gracias a la reducción de los factores de riesgo, tales como por ejemplo el tabaquismo y la sobrealimentación, la mortalidad por infarto, ha descendido en un 25% en el transcurso de los últimos 10 años en EE.UU., mientras que la esperanza de vida se ha incrementado en 2 años. Por tanto, en el examen preventivo de la arteriosclerosis, siempre se debe realizar una búsqueda dirigida para hallar el factor de riesgo cardiovascular nº1, es decir, la hiperlipidemia. En la tabla ~~adjunta~~ se establecen las indicaciones para el análisis lipídico. Como programa mínimo para un diagnóstico lipídico, hay que pedir la determinación del colesterol y de los triglicéridos. El conocimiento de dichos valores permite decidir si existe o no, una hiperlipidemia, así como evaluar el patrón lipoproteínico, es decir, saber de que clase de hiperlipidemia se trata. Para la ulterior diferenciación es necesario determinar las diferentes fracciones lipoproteínicas. Se distingue entre tres grandes grupos de hiperlipidemias con sus respectivos subgrupos, que se clasifican como tipos 1 a 5 según Fredrickson, ~~en la O.N.S. añadió un sexto tipo en 1970~~ (Ver tablas ~~adjuntas~~). El diagnóstico diferencial adecuado de las hiperlipidemias, así como el tratamiento médico y la dieta ~~de cada~~ ^{depende} son las condiciones previas más importantes para una terapia eficaz a largo plazo de la arteriosclerosis.

afica)