

Actividades preventivas en los mayores

C. Litago-Gil, I. Martín-Lesende, A. Luque-Santiago^a, C. de Alba-Romero, J.M. Baena-Díez, M.C. de Hoyos-Alonso y A. Gorroñoitia-Iturbe

Grupo de actividades preventivas en los mayores del Papps. ^aCoordinadora

Las actividades que se deben seguir realizando en las personas mayores y que son comunes con el adulto se encuentran en los apartados correspondientes de este número de Atención Primaria. La prevención del maltrato se expone en el apartado de salud mental y la prevención de la osteoporosis en el apartado de la mujer.

En este capítulo se incluyen:

1. Como novedades: la detección del anciano de riesgo y una tabla con las actividades preventivas a realizar en función de la expectativa de vida (tabla 1).
2. Una revisión actualizada de la incontinencia urinaria y la desnutrición en los mayores.
3. Recomendaciones para la prevención de otros síndromes geriátricos abordados en anteriores actualizaciones, ampliadas en las caídas y las demencias y con especificaciones en el caso del uso adecuado de medicamentos.

El material completo se puede consultar en la página de internet: <http://www.papps.org/recomendaciones>

Detección de ancianos de riesgo

I. Martín-Lesende

Se define como anciano frágil o de riesgo¹ a aquella persona mayor que, por determinadas características o condiciones psicoclinicas, mentales o sociales, presenta una disminución en su funcionalidad y reserva fisiológica que le lleva a una mayor probabilidad de presentar un deterioro progresivo, con mayor pérdida de función, y de padecer eventos adversos de salud.

Conceptualmente podríamos distinguir dos condiciones diferentes en torno a la fragilidad²:

- Fragilidad manifiesta. Personas con deterioro establecido e importante en las que se deduce por su situación una mayor probabilidad de empeoramiento y riesgo. Tienen diferentes grados de deterioro para realizar de forma independiente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y suelen ser subsidiarios de una atención sanitaria específica y continuada.
- Fragilidad incipiente o sutil. La persona presenta grados menos avanzados de deterioro, la mayoría son independientes para realizar las ABVD, pero es frecuente que algunas de sus actividades instrumentales de la vida diaria

(AIVD) estén alteradas (relaciones sociales, desplazamientos en la comunidad, responsabilidad en la toma de su medicación, contabilidad doméstica, uso del teléfono o ciertos aparatos domésticos, etc.), y a veces este deterioro es sutil. Diversos autores demuestran eficacia en las intervenciones sobre las personas con deterioros funcionales leves-moderados frente a los que tienen una alteración importante^{3,4}. Por ello, estas personas son las que interesa captar de una manera sistemática y anticipatoria en la comunidad. La atención primaria ocupa un lugar privilegiado y fundamental en esta tarea.

La identificación y la captación de ancianos de riesgo supone todavía en la actualidad un importante dilema sin resolver, y hay que seguir invirtiendo esfuerzo investigador y clínico para despejarlo. Puede llevarse a cabo, en líneas generales, de tres formas que se exponen a continuación.

Estrategia de cribado poblacional

Para ello se emplean los «criterios clásicos» (edad \geq 80 años, vivir solo, enviudamiento, enfermedad crónica con repercusión, déficit visual o auditivo, caídas, polifarmacia, ingreso hospitalario, alteración cognitiva o afectiva, deficiente soporte socioeconómico) o los cuestionarios, entre los que se incluye el cuestionario de Barber^{5,6}, el más empleado en nuestro medio. Gran parte de estos cuestionarios y criterios han estado tradicionalmente sustentados en la opinión y las experiencias de los expertos más que en la evidencia científica.

La utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a los ancianos de riesgo ha sido bastante cuestionada. Son pocos los trabajos que han analizado la validez de este cuestionario⁵⁻⁹ (este último es el único que hemos encontrado en España) sin que se hayan obtenido resultados concluyentes. En una reciente investigación¹⁰ se valora su utilidad para seleccionar a las personas 75 años con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte al año, y se obtienen las siguientes conclusiones:

- El cuestionario no parece útil para seleccionar a los ancianos con más riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte, y tiene limitaciones cuando se emplea con esta finalidad al presentar deficiencias en la validez de contenido, bajo valor predictivo positivo condicionado por el alto porcentaje de resultados positivos y los pocos eventos acaecidos, además de la relación del resultado del cuestionario con otras variables (deterioro funcional o cognitivo)

TABLA 1
Actividades en función de la expectativa de vida

Actividad	Anciano sano (expectativa de vida \geq 5 años y funcionalmente independiente)	Anciano frágil (expectativa de vida < 5 años o Deterioro funcional marcado)	Demencia moderada con expectativa de vida de 2-10 años	Final de la vida (expectativa de vida < 2 años)
Periodicidad de visitas	Una vez al año	De 1-4 veces/año		Tantas como precise
Medida de la presión arterial y de hipotensión ortostática	En cada visita, según la periodicidad indicada			
Peso	En cada visita. Hacer cuestionarios como el MNA en caso de pérdida de peso no deseada > 5% en 1 mes o al 10% en 6 meses			No hacer
Determinación de colesterol	Considerarlo ^a de 65-75 años ante presencia de otros FRCV: tabaquismo, DM, HTA			No hacer
Mamografía	Cada 2 años hasta los 80 años	Cada 2 años hasta los 75 años	Cada 2 años hasta los 70 años	No hacer
Citología	Considerar de 1-3 si no tiene ninguna pérdida		No hacer	
Determinación del PSA	Discutir ^b pros y contras con el paciente y/o el cuidador			No hacer
Vacuna antigripal	Anualmente			
Vacuna antineumocócica	Una vez. Considerar repetirla a los 5 años en pacientes con enfermedades crónicas			Considerar si se pone una vez
Vacuna antitetánica	Primovacunación si no tiene vacuna previa. En caso contrario, recuerdo cada 10 años			No hacer
Educación para la salud (ejercicio, abandono tabaco y alcohol y prevención de caídas)	En cada visita		Valorar periódicamente con el cuidador	No hacer
Valoración de agudeza visual	Considerarla cada año			No hacer
Deterioro auditivo	Considerarlo cada año			No hacer
Preguntar acerca de incontinencia urinaria	En cada visita			
Valoración funcional	En cada visita. Volver a evaluar en caso de situación de riesgo o aumento del deterioro físico o mental			
Cribado cognitivo	Hacerlo inicialmente y en caso de síntomas de alarma		No procede el cribado, si el seguimiento de la función mental	Considerarlo ante síntomas de alarma
Cribado de la depresión	Hacerlo inicialmente y si aparecen síntomas de alarma			
Cribado de caídas	Hacerlo inicialmente y si síntomas			Si síntomas
Revisión de los medicamentos incluidos los productos de herbolario	En cada visita			
Cribado de osteoporosis	Al menos una vez. Considerar factores de riesgo			No hacer

DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; FR: factor de riesgo.

a) Considerar: recomendación que el profesional considera sin necesitar discutir la decisión con el paciente. b) Discutir: el profesional discute con el paciente la relación riesgo-beneficio de la recomendación.

Modificado de: Flaherty JH, Morley JE, Murphy DJ, Wasserman MR. The Development of Outpatient clinical Glidepaths. J Am Geriatr Soc. 2002;50:1886-901.

Recomendación PAPPS

- No se puede recomendar el uso del cuestionario de Barber como herramienta de cribado sistemático de anciano de riesgo por sus deficiencias estructurales y de contenido, así como por la falta de evidencia de su utilidad.
- Se recomienda centrarse en la detección precoz de la pérdida funcional ya que la valoración funcional parece constituir el principal método para determinación de la fragilidad en el ámbito comunitario de atención, por lo que es clave centrarse en la detección precoz de la pérdida funcional.
- Se recomienda intervenir ante la presencia de factores predictivos consolidados de deterioro posterior (edad avanzada, hospitalización reciente, deterioro cognitivo, comorbilidad, caídas, polifarmacia, deficiente soporte o condicionantes sociales adversos, caídas, polifarmacia).

que, a su vez, se asocian con los resultados adversos y pueden condicionar los resultados).

– De todo el cuestionario, son las preguntas 9 («hospitalización en el último año») y 6 («tener a menudo problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo») las que presentan una asociación estadísticamente significativa con la presencia de eventos adversos.

Estrategia basada en la «detección de casos»

Se basa en la detección de determinados factores con consistente predicción para la pérdida funcional o resultados adversos de salud según la bibliografía disponible: edad avanzada (> 80 años)¹¹⁻¹⁴, hospitalización reciente¹⁵, deterioro cognitivo^{3,16-19}, comorbilidad, sobre todo con determinadas enfermedades crónicas³ (deterioro cognitivo, depresión, déficit visual, incontinencia urinaria, disminución del índice de masa corporal)^{3,14}, deficiente soporte o condicionantes sociales adversos²⁰⁻²³, caídas o polifarmacia²⁴.

Estrategia de cribado o selección según la pérdida de funcionalidad, sobre todo reciente

Está consolidada en la bibliografía la relación entre el deterioro en las actividades de la vida diaria (AVD) y los resultados adversos de salud²⁵⁻²⁸. La principal limitación actual para seguir esta estrategia es no disponer de adecuadas herramientas validadas que identifiquen con un valor predictivo alto a estos sujetos con deterioro sutil o incipiente, principalmente en las AIVD, que son las que en primer lugar se deterioran y que muchas veces son la expresión de deterioro incipiente o encubierto de otras áreas.

Bibliografía

1. Martín Lesende I. Detección del anciano de riesgo en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005. En prensa.

2. Martín Lesende I. Estrategias para mejorar la asistencia a las personas mayores en atención primaria. *Cuadernos de Gestión para el profesional de atención Primaria*. 2002;8:91-100.
3. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 1999;48:445-69.
4. Gill T, Baker D, Gottschalk M, Peduzzi P, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med*. 2002;347:1068-74.
5. Barber JH, Wallis JB, McKeatin B. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract*. 1980;30:49-50.
6. Barber JH, Wallis JB. Geriatric screening. *J R Coll Gen Pract*. 1981;31:57.
7. Bowns I, Challis D, Sum Tong M. Case finding in elderly people: validation of a postal questionnaire. *Br J Gen Pract*. 1991;41:100-4.
8. Taylor R, Ford G, Barber JL. The elderly at risk: a critical review of problems in screening and case-finding. *Mitcham: Age Concern*; 1983.
9. Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. *Rev Gerontol*. 1996;6:224-31.
10. Martín Lesende I. Utilidad del Cuestionario de Barber para seleccionar personas de 75 o más años con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. Tesis doctoral. *Archivo General de Tesis. Biblioteca General, Campus Universitario de Leioa: UPV/EHU*; 2004.
11. Benítez MA, Hernández P, De Armas J, Barreto J, Rodríguez H. Clasificación funcional del anciano en atención primaria de salud: propuesta de un método. *Aten Primaria*. 1995;15:548-54.
12. Martín Lesende I, García A, Salas AM, Fernández N, Gómez MJ, Olavarría V. Situación sanitaria de la población urbana de 75 o más años de Castro Urdiales que viven solos, y comparación con los que viven acompañados. Comunicación a las III Jornadas de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria (Osatzen); Bilbao, 10 de junio de 1999.
13. Stuck AE, Minder CE, PeterWüest I. A Randomized Trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med*. 2000;160:977-86.
14. Crimmins EM, Hayward MD, Saito Y. Changing mortality and morbidity rates and the health status and life expectancy of the older population. *Demography*. 1994;31:159-74.
15. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:451-8.
16. Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *Ann Intern Med*. 1995;122:422-9.
17. Stump TE, Callahan CM, Hendrie HC. Cognitive impairment and mortality in older primary care patients. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:934-40.
18. Moritz DJ, Kasl SV, Berkman LF. Cognitive functioning and the incidence of limitations in Activities of Daily Living in an elderly community sample. *Am J Epidemiol*. 1994;141:41-9.
19. Sijas E, San José A, Armadans L, Munder X, Vilardell M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria*. 2003;32:282-7.
20. Temkin-Greener H, Bajorska A, Peterson DR, Kunitz SJ, Gross D, Williams F, et al. Social support and risk-adjusted mortality in a frail older population. *Medical Care*. 2004;42:779-88.
21. Rogers RH. The effects of family composition, health, and societal support linkages on mortality. *J Health Social Behav*. 1996;37:326-38.

22. Baumann A, Filipiak B, Stieber J, et al. Family status and social integration as predictors of mortality: a 5-year follow-up study of 55-to 75-year-old man and women in the Augsburg area. *Z Gerontol Geriatr.* 1998;31:184-92.
23. House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *Am J Epidemiol.* 1982;116:123-40.
24. Alarcón T, Bárcena A, González-Montalbo JI, Peñalosa C, Salgado A. Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. *Age Ageing.* 1999;28:429-32.
25. Katz S, Branch LG, Branson MH, et al. Active life expectancy. *N Engl J Med.* 1983;309:1218-24.
26. Spector WD, Katz S, Murphy JB, Fulton JP. The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *J Chronic Dis.* 1987;40:481-9.
27. Manton KG. A longitudinal study of functional change and mortality in the United States. *J Gerontol.* 1988;43:153-61.
28. Coughlin TA, McBride TD, Perozek M, Liu K. Home care for the disabled elderly: predictors and expected costs. *Health Serv Res.* 1992;27:453-79.

Prevención y promoción y promoción de la salud de la salud en enfermedades prevalentes en los ancianos

C. Litago-Gil

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) según la International Continence Society (ICS) se define como¹ la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico. Atendiendo al tiempo y duración, se establecen dos tipos de IU: la incontinencia transitoria, llamada también aguda o reversible, asociada a trastornos agudos, de comienzo repentino y que cede al tratar la causa, y la IU establecida o crónica o persistente,

que es la habitual en los ancianos. Sus tipos y causas se exponen en la tabla 2.

La IU es una deficiencia funcional y no una manifestación del envejecimiento. Sin embargo, forma parte de numerosas enfermedades en el anciano y es considerada uno de los grandes síndromes geriátricos por sus repercusiones individuales, psicosociales y por el elevado gasto económico que conlleva^{1,2}. La afección de la calidad de vida por la incontinencia puede ser mayor que la provocada por enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión.

A pesar de su repercusión, en realidad es un trastorno poco conocido y poco abordado desde la atención primaria. El índice de consulta es muy bajo (1 de cada 3 ancianos consulta por ello), y, los profesionales sanitarios, no interrogan sobre el problemas y le dan escasa importancia, obviando su diagnóstico y tratamiento.

Magnitud del problema

Los ancianos de ambos sexos pueden presentar IU por igual, aunque hay un predominio de la mujer al principio de la vejez, mientras que a partir de 80 años tienden a igualarse³.

La prevalencia global de la IU en los > 65 años es del 15,3% (el 64,2% de las mujeres y el 53,8% de los varones). En residencias, la prevalencia asciende al 35%, y llega al 50-90% en centros psicogerítricos asistidos. La razón fundamental de este incremento se debe al deterioro funcional, tanto físico como mental, de estos pacientes y no a la edad o el sexo. Determinadas variables inciden en la prevalencia: en mujeres por sus factores de riesgo propios (multiparidad, prolapsos, histerectomía), los que viven solos, los encamados o con escasa movilidad, y los que presentan pluripatología (infección urinaria, hipertrofia benigna de próstata, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, enfermedad de Parkinson y trastornos cognitivos). Es evidente que, en muchas situaciones particulares, la aparición de la IU produce un regreso de la persona hacia la dependencia familiar y que

TABLA 2
Tipos y causas de las diferentes incontinencias crónicas

Tipo	Concepto	Causas
Esfuerzo o estrés	El aumento de la presión intravesical supera la resistencia del esfínter uretral: es la más frecuente en la mujer	Déficit estrogénico. Laxitud del suelo pélvico: paridad múltiple. Lesiones del nervio pudendo. Intervenciones urológicas
Urgencia	Las contracciones del detrusor superan en intensidad a la presión intrauretral: es la más común en ancianos	Cistitis, vaginitis. Litiasis, neoplasias vesicales. Lesiones medulares, ACV. Parkinson, Alzheimer, tumores cerebrales, esclerosis múltiple inicial
Rebosamiento	La presión intravesical excede a la uretral, pero con grandes volúmenes de orina en la vejiga: es más frecuente en los varones	Hiperplasia prostática, estenosis uretrales. Neuropatía diabética, Fecalomas. Fármacos: anticolinérgicos, diuréticos, calcioantagonistas
Funcional	Limitación física para acceder al lugar adecuado	Alteraciones musculoesqueléticas. Depresión, Inhibición. Demencia. Entorno poco favorecedor. Barreras físicas.

ACV: accidente cerebrovascular.

en un 10% supone el motivo desencadenante de su ingreso en residencias geriátricas^{1,4}.

Los métodos de control para la IU utilizados con más frecuencia son los absorbentes (utilizados hasta en un 65% de ancianos con IU). El gasto sanitario que ocasiona presenta una curva ascendente que podría atenuarse con una actividad precoz y de prevención. La implicación del profesional de atención primaria es vital para paliar y mejorar toda la repercusión que produce.

Dos estudios recientes en nuestro país⁵, realizados en ancianos comunitarios, informan que el 32-60% de los incontinentes habían comunicado su problema al médico, siendo más comunicativos los varones, y que las mujeres evitan la comunicación por un manejo personal de su IU con absorbentes. Las variables para consultar son la afectación de la vida de los afectados, la duración del problema (> 5 años) y los niveles progresivos de dependencia. Las causas de no consultar son: la IU leve, el considerarla como parte del envejecimiento y la escasa información sobre su tratamiento. Asimismo, destaca en los estudios la actitud del profesional sanitario de no diagnosticar ni tratar ni derivar al especialista. Cuanto mayor es la edad del paciente, mayor es la inhibición de actuación del profesional y el aumento en la indicación de absorbentes.

Cribado y diagnóstico

La detección precoz y la investigación sistemática son elementos básicos para una correcta prevención².

El abordaje⁶⁻⁸ comprende la detección de la IU, para lo que se debe preguntar al paciente si tiene escapes involuntarios de orina, si tiene algún tipo de problema en la vejiga y, en caso de ser positivo, si le afecta en su vida diaria. Una vez comprobada la presencia de IU, es preciso identificar el tipo y los factores de riesgo implementando las medidas preventivas de estos. En el diagnóstico se identifica si hay causas reversibles y si se debe a causas orgánicas.

Eficacia y efectividad de las intervenciones

Aparte del tratamiento farmacológico, las intervenciones de tipo funcional incluyen la modificación hábitos, las medidas higiénico-dietéticas y las técnicas conductuales (el reentrenamiento vesical, los ejercicios de suelo pélvico y las técnicas dependientes del cuidador, como son el entrenamiento del hábito miccional y las micciones programadas). Más del 70% de los incontinentes podría curarse y el resto mejorar clínicamente si se realizara precozmente la identificación del problema y de los factores de riesgo y se realizara la educación sanitaria³.

Hay evidencia suficiente para poder afirmar que la evaluación básica mediante el análisis de los síntomas, la exploración física y el diario miccional permite orientar el diagnóstico del tipo de IU en un número considerable de mujeres⁹.

Se ha demostrado la utilidad de la fisioterapia tanto en casos de IU leve y moderada como en severa. Un 12-20% de

los pacientes presenta remisión de la IU y hasta un 75-90% experimenta alguna mejoría⁹.

Reentrenamiento vesical. Técnica por la que la persona aprende a controlar el máximo tiempo posible su vejiga. El entrenamiento del detrusor está recomendado para la IU de urgencia y mixta. En el diario miccional se registra el tiempo mínimo en que la persona sienta la urgencia de la micción. Se consigue un 35% de reducción de episodios y se logra mantener a los 6 meses¹⁰.

El entrenamiento del suelo pélvico (EMPP) es la base del tratamiento conservador para la incontinencia de esfuerzo o mixta. Las mujeres mayores con IU leve o moderada pueden mejorar significativamente su capacidad para retener la orina simplemente al aprender como controlar la resistencia ya presente del músculo del suelo pélvico^{11,12}.

Los *conos vaginales* pesados son mejores que ningún tratamiento activo en mujeres con IU por esfuerzo y pueden ser igualmente efectivos que el EMPP y la electroestimulación¹³.

Entre las técnicas dependientes del cuidador, las *micciones programadas* en las que se vacía la vejiga a intervalos fijos de tiempo, aunque no se tengan ganas de orinar, se recomiendan en pacientes que puedan aprender a reconocer algún grado de llenado vesical, en pacientes que puedan pedir ayuda o que puedan responder al ser trasladados al lavabo, aunque no hay suficiente evidencia sobre sus efectos en la IU^{14,15}. *El entrenamiento del hábito miccional* requiere trabajo activo por parte del cuidador para determinar el intervalo de tiempo en el que el paciente se mantiene seco (2-3 h) y facilitar la micción en función de ese tiempo. No hay suficiente evidencia para recomendarlo¹⁶.

Recomendación PAPPS

- Se recomienda interrogar sistemáticamente sobre la presencia de incontinencia urinaria.
- Ante la presencia de IU, se recomienda realizar un estudio básico para identificar el tipo de incontinencia, los factores de riesgo y las causas reversibles.
- En mujeres mayores activas con incontinencias de esfuerzo o mixtas, se recomienda el seguimiento de sesiones estructuradas de entrenamiento para reforzar los músculos del suelo pélvico en mujeres mayores activas.

Bibliografía

1. Fortuny M, Narbona P, Carbonell C, Guayta R. Consejo para la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria en la personas mayores. Med Clin (Barc). 2001;116 Supl 1:140-1.

2. Espinosa JM, Portillo J, Muñoz F y Martos JA. Incontinencia urinaria. En: Atención a las personas Mayores. Barcelona: Semfyc; 2004.
3. Sineiro E. Estado actual de la incontinencia como problema de salud. Incontinencia en el anciano. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Barcelona: Glosa editores; 2001.
4. Martínez E, Arlandis S, Ruiz JL, Burgués JP, Jiménez JS. Epidemiología de la incontinencia urinaria. Barcelona: Doyma Newsletter; 2002.
5. Gavira FJ, Pérez del Molino J, Valderrama E, Caridad y Ocerín JM, López M, Romero M, et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. Aten Primaria. 2001;28:97-104.
6. Urinary incontinence. 1996 (reviewed Jan 2001). Disponible en: <http://www.guidelines.gov>
7. Evidence-based clinical practice guideline. Continence for women. 2000 Jan. Disponible en: <http://www.guidelines.gov>
8. España M. Incontinencia de orina en la mujer. Med Clin (Barc). 2003;120:464-72.
9. Abizanda M, Brenes FJ, Carbonell C, Vila MA. Manual de diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en atención primaria. SEMERGEN 2002.
10. Disponible en: <http://www.utdol.com>
11. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in Women: Clinical applications. JAMA. 2004;291-999.
12. Hay-Smith EJC, Bo K, Bergemans LCM, Hendriks HJM, De Bie RA, Van Waalwijk et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 2.
13. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005, Número 2. Oxford: update Software. Disponible en: <http://www.update-software.com>
14. Eustice S, Roe B, Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000 Issue 2.
15. Ostaszkiwicz J, Johnston L, Roe B. Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004 Issue 1.
16. Ostaszkiwicz J, Johnston L, Roe B. Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004 Issue 2.

Desnutrición en el anciano

C. Litago-Gil

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios fisiológicos en el individuo que le hacen susceptible de presentar problemas nutricionales, con consecuencias en el aumento de la morbimortalidad, la afección de la funcionalidad, el deterioro de la calidad de vida y el aumento del uso de recursos sociosanitarios¹.

La desnutrición se define como un estado de deficiencia calórica, proteica o de otros nutrientes específicos que produce un cambio cuantificable en la función corporal y se asocia con un empeoramiento de los resultados de las enfermedades, al tiempo que puede revertirse específicamente mediante el apoyo nutricional.

Magnitud del problema

No hay un estudio especialmente diseñado para conocer la magnitud del problema en las personas ancianas que viven en la comunidad². Los estudios sobre hábitos alimentarios^{3,4} indican que éstas se alimentan, en relación con los principios inmediatos, mejor que las personas más jóvenes y solo los que presentan diferentes factores de riesgo son las que desarrollan desnutrición, al conllevar pérdida de apetito y disminución de la ingesta. Asimismo, se constata que los mayores más viejos realizan una dieta con menor aporte calórico proteínico y con una menor cantidad de vitaminas y minerales. Los factores de riesgo encontrados en la bibliografía han sido⁵: edad avanzada (> 80 años), ingresos bajos, vivir solo o sin soporte familiar (especialmente el varón), tener polimedicación o enfermedades crónicas como insuficiencia cardíaca o demencia, alteraciones en la masticación, hospitalización e institucionalización.

La heterogeneidad de esta población y la diferente metodología empleada en su estudio hacen que la prevalencia sea variable. En población comunitaria puede estimarse entre el 3 y el 7%; en personas institucionalizadas entre el 30 y el 60%, llegando al 70% en caso de hospitalización.

La mayoría de los trabajos se han realizado en medios hospitalarios o en ancianos institucionalizados⁶. De los realizados en la población comunitaria en España destacan los efectuados en ancianos domiciliarios^{7,8}, con cifras desde el 20,2% de desnutrición hasta el 80% con riesgo de padecerla, y los estudios en población autónoma^{1,2}, con cifras de prevalencia alrededor del 3%, similares a las de la población europea.

Pruebas de cribado

La desnutrición en el paciente anciano es una posibilidad que a menudo se olvida, y sus consecuencias, como pérdida de peso, alteraciones funcionales o empeoramiento de enfermedades, se atribuyen con demasiada facilidad al envejecimiento¹⁰.

Por todo esto, la primera prevención necesaria es tenerla en cuenta y, para ello, el médico de atención primaria es fundamental que piense en ella para facilitar el buen estado nutricional de sus pacientes. La prevención primaria debe pretender disminuir la incidencia de la desnutrición del anciano, para lo cual es imprescindible la identificación y el control de los factores de riesgo, y debe ser realizada en el contexto del programa del anciano (valoración geriátrica integral).

Al no haber un parámetro específico para la detección de desnutrición, se dificulta la evaluación y contribuye a explicar la variabilidad de los datos encontrados en la bibliografía. La desnutrición debe identificarse con varios parámetros: el peso, la talla y el correspondiente índice de masa corporal (IMC) son medidas inexcusables en toda valoración nutricional. La magnitud y velocidad de la pérdida porcentual de peso (10% en 6 meses o 5% en el último mes) es un marcador importante de desnutrición¹¹, a falta

de tablas de referencia, por la variabilidad de la población anciana.

La antropometría, como el pliegue tricúspital y la circunferencia braquial (CMB), pueden indicarnos la repercusión en el volumen corporal.

Los resultados analíticos, como la albúmina sérica, la linfopenia y la transferrina, pueden ayudar a identificar el grado de desnutrición, aunque estos parámetros pueden estar alterados por el curso de enfermedades crónicas y actuar más como factores de confusión que de referencia. Pueden ser útiles como medidas de seguimiento en la intervención¹².

En la identificación de población en riesgo de desnutrición hay herramientas sencillas de cribado que permiten una medida válida y reproducible del estado nutricional del anciano. La herramienta validada y más utilizada es el Mini Nutritional Assessment (MNA)²⁻⁴, que se correlaciona claramente con los parámetros antropométricos y bioquímicos más utilizados y ha demostrado ser eficaz.

Son diversos los trabajos recogidos en la bibliografía que utilizan el MNA como método de estudio, tanto en población institucionalizada o en centros de larga estancia¹² como en estudios mixtos de instituciones o comunitarios¹³. Un estudio⁴ le da un valor predictivo de la mortalidad, ya que identifica a los ancianos de 70 a 75 años con riesgo de presentar problemas de salud por desnutrición.

Eficacia de la intervención

La CTFPHC, siguiendo indicaciones de expertos, establece que no hay suficiente evidencia para recomendar de manera sistemática el cribado de la desnutrición. Hay poca evidencia en los que viven solos o se encuentran en instituciones, y en los que presentan enfermedades, como la diabetes o hipertensión.

Sin embargo, a pesar de su repercusión, en realidad es un trastorno poco conocido y poco abordado desde la atención primaria. El índice de consulta es muy bajo (1 de cada 3 ancianos consulta por ello) y los profesionales sanitarios no interrogan sobre el problema y le dan escasa importancia, obviando su diagnóstico y tratamiento. Hay poca evidencia en los que viven solos o se encuentran en instituciones, y debe realizarse sobre todo en alcohólicos¹⁴. De los distintos y actualizados trabajos consultados se indica:

- Para la población > 65 años, el médico de atención primaria es la fuente más importante de información general nutricional y clínica, con incidencia en prevención primaria.
- Los resultados del consejo dietético personalizado y continuado no siempre tienen relevancia clínica, y constituyen una medida escasamente eficiente.
- Una anamnesis de la dieta y las costumbres con un control periódico de peso es una medida primaria para conocer el estado nutricional del anciano.

– A falta de tablas de referencia por la variabilidad de la población anciana, la magnitud y la velocidad del peso perdido es un marcador importante de desnutrición.

– En ancianos, el IMC bajo es un marcador pronóstico de mayor mortalidad.

– En pacientes de riesgo un incremento de la ingesta de determinados alimentos para aumentar el aporte de proteínas, energía, minerales y vitaminas, es una medida eficaz que mejora el estado nutricional del anciano. En una revisión Cochrane⁹ sobre aporte de suplementos alimentarios en ancianos en riesgo de desnutrición se obtuvo un riesgo relativo (RR) de reducción de la mortalidad de 0,67 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,52-0,87) de reducción de la mortalidad a favor del grupo que recibió los suplementos.

– La institucionalización es un factor de riesgo de desnutrición.

Recomendación PAPPS

- Se recomienda consejo dietético personalizado. En el anciano sano y con vida activa las recomendaciones serán similares a las del adulto joven.
- Se recomienda vigilancia periódica del peso.
- Se recomienda valorar el riesgo de desnutrición teniendo presentes los riesgos que pueden desencadenarla. Uso del MNA como herramienta de valoración.
- Están indicados los suplementos energéticos en caso de desnutrición manifiesta.

Bibliografía

1. García Lorda P, Foz M, Salas-Salvado J. Estado nutricional de la población anciana de Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:707-15.
2. Ramón JM, Subira C y Grupo español de Investigación en Gerodología. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:766-70.
3. Moreiras O, Beltrán E, Carvajal A, Cuadrado C. Nutrición y salud en personas de edad avanzada en Europa. Estudio SENECA's FINALE en España. 1. Objetivo, diseño y metodología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:75-81.
4. Beltrán B, Carbajal A, Cuadrado C, Varela-Moreiras G, Ruiz-Roso B, Martín ML, et al. Nutrición y salud en personas de edad avanzada en Europa. Estudio SENECA's FINALE en España. 2. Estilo de vida. Estado de salud y nutricional. Funcionalidad física y mental. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:82-93.
5. Nutrición y envejecimiento. Grupo de trabajo Catalano-Balear de Geriatria y Gerontología. Barcelona: Glosa ediciones; 1999.
6. Iraizoz I. Valoración geriátrica Integral (II). Evaluación nutricional y mental en el anciano. *Anales*. 1999;22 Supl 1:51-69.
7. Ricart Casas J, Pinyol Martínez M, De Pedro Elvira B, Devanata Atimir M, Benavides Ruiz A. Desnutrición en pacientes en atención Domiciliaria. *Aten Primaria*. 2004;34:238-43.

8. Muñoz Cobos F, Ortiz Fernández MD, Vega Gutierrez P. Valoración nutricional en ancianos frágiles en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;35:460-5.
9. Milne AC, Potter J, Avanel A. Suplementos energéticos y proteicos para ancianos en riesgo de desnutrición (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus 2005 Número 2*. Disponible en: <http://www.update-software.com>
10. Vergeles-Blanca JM, Arroyo-Fernández de Aguilar J, Buitrago F. Valoración de la Malnutrición en el anciano. *FMC*. 1998;5:27-36.
11. Serra J, Salvá A, Angels Hereu M, Tarín G, Lloveras G. Cribado de la desnutrición en las personas mayores. *Med Clin. (Barc)*. 2001;116 Supl 1:35-9.
12. Cuesta Triana F, Matía Martín P, Sánchez Rodríguez JL. Valoración nutricional en el anciano. *Malnutrición. Diagnóstico diferencial y actitud terapéutica. Medicine*. 2003;8:5841-51.
13. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro JM, Portillo Stempel J, Martos Palomo JM. *Malnutrición. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria*. Barcelona: Semfyc; 2004.
14. Disponible en: http://www.ctfphc.org/tables_printable/ch49tab.htm

Resto de recomendaciones

Caídas

1. Practicar ejercicio físico, particularmente el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular.
2. Dar consejo a los cuidadores y ancianos sobre la adopción de medidas para reducir el riesgo de caídas que incluya: la práctica de ejercicio, la reducción de los peligros ambientales y el control de la medicación.
3. En ancianos con alto riesgo de caídas (> 75 años, consumo de hipnóticos o de antihipertensivos, polifarmacia, deterioro cognitivo o inestabilidad) se aconseja realizar una intervención multifactorial intensiva, individualizada y domiciliaria, si hubiera recursos disponibles, que incluya ejercicio físico, revisión del estado de salud, de la medicación psicotrópica y del entorno.
4. En los que hayan presentado una caída en los tres últimos meses o con caídas de repetición, incluir la anamnesis sobre la caída previa y valorar la presencia de factores de riesgo relacionados con la caída, además del programa individualizado de intervención multifactorial y las medidas de rehabilitación.

Demencia

- No hay evidencia suficiente para recomendar la realización sistemática de pruebas de cribado de la demencia en población asintomática.
- Se recomienda estar alerta ante síntomas de alarma de demencias, como pérdida de memoria, deterioro funcional o trastornos de comportamiento, referidos por la familia o el propio paciente.
- Ante sospecha o evidencia de deterioro cognitivo se recomienda una evaluación clínica detallada que incluya entrevista clínica estructurada y test neuropsicológicos, y un seguimiento posterior individualizado para evaluar su progresión.
- Se recomienda mantenerse social, mental y físicamente activo como método para intentar prevenir o retrasar el

desarrollo de demencia, fomentando hábitos alimenticios basados en la dieta mediterránea y controlando adecuadamente los factores de riesgo cardiovascular.

Medicación en el anciano

Recomendaciones para mejorar la prescripción farmacológica en los ancianos

Polifarmacia: La formación de los médicos por contactos grupales o individuales con expertos. El uso de hojas con perfiles de prescripción para pacientes. La educación sanitaria de los pacientes

Medicación inadecuada: El uso de sistemas informáticos de detección con alternativas terapéuticas. La formación personal en ancianos institucionalizados

Interacciones: El empleo de sistemas informáticos de detección (1)

Adherencia terapéutica: Simplificar las pautas posológicas y reducir el número de dosis. El uso de monitores electrónicos (2). El consejo médico y farmacéutico. Los recordatorios telefónicos e intervenciones multidisciplinares. La mejora de la comunicación médico-paciente

Reacciones adversas: La prescripción individualizada. La utilización de sistemas informáticos de detección

(1) Poco eficaz en ancianos con polifarmacia.

(2) Difícil de generalizar su uso en población general.

Alteraciones de la visión

Se recomienda un examen completo de la vista realizado por un oftalmólogo o por profesionales capacitados. En los diabéticos y en los que presenten una presión intraocular elevada o antecedentes familiares de glaucoma, el examen debe realizarse con una periodicidad anual.

Hipoacusia

Se recomienda para la detección de la hipoacusia la realización de preguntas sobre dificultad en la audición y, si se precisara, aconsejar el uso de audífonos.

Valoración geriátrica global en atención primaria

1. No hay suficiente evidencia para recomendar la aplicación sistemática de la valoración geriátrica global (VGG) en la población general de personas mayores, salvo que se realice en el domicilio de manera intensiva, por personal entrenado y en ancianos con buen pronóstico, de difícil aplicación en nuestro medio.
2. Su aplicación y contenido debe ser individualizado, priorizando a los ancianos con factores predictivos de deterioro (mayores de 80 años, hospitalización reciente, caídas de repetición, deficiente soporte social) o con pérdida funcional potencialmente reversible.
3. Los profesionales de atención primaria deben ser adiestrados en su manejo