

CALIDAD DE VIDA EN EL ANCIANO

Dr. EDUARDO PENNY MONTENEGRO

Departamento de Medicina Hospital Arzobispo Loayza

Departamento de Medicina Universidad Peruana Cayetano Heredia

Un hecho indudable, es que la población anciana va en aumento y que en la actualidad, el hombre tiene al nacer, una mayor expectativa de vida; ejemplo de esto, es que los estadounidenses en 1990 tenían una expectativa de vida de 47 años, mientras que en 1980, ésta llegó a los 73 años. Algo parecido sucede en el Perú y en otros países latinoamericanos, pero con una menor expectativa final de vida.

Este fenómeno se debe principalmente a un cambio más saludable en el estilo de vida y a los cambios nutricionales, más que al desarrollo tecnológico, que si bien ha jugado un papel muy importante no ha sido el factor más preponderante.

A pesar de que la población geriátrica se incrementa año a año y que representa un porcentaje poblacional importante, 6% en el Perú y 12% en Estados Unidos, los estudios sobre la ancianidad son escasos y las instituciones en general, se dedican poco al análisis, a la prevención y a la solución de sus problemas.

Además de este crecimiento de la población geriátrica, existe como característica importante, la preponderancia del sexo femenino, ya que las mujeres viven cerca de 8 años más que los hombres, por lo que no debe llamar la atención que sean las ancianas las que busquen en forma más frecuente atención médica. Asimismo, las mujeres tienen en nuestro país una menor seguridad económica y una menor posibilidad de acceso al sistema de la Seguridad Social, por haber trabajado en el hogar y no en alguna institución.

Este grupo geriátrico, al presentar una mayor incidencia de enfermedades y procesos patológicos que limitan su capacidad funcional, crean demandas de tipo económico, social, cultural y sanitaria, las cuales deben ser atendidas por la familia, por la sociedad y por el estado.

El término "Calidad de Vida", se refiere al conjunto de características físicas, psíquicas y sociales, así como sus limitaciones, las cuales describen la capacidad de un individuo para realizar sus funciones y obras, es decir, para vivir normalmente con el menor grado de problemas y de dependencia. Esta calidad de vida, debe ser siempre un objetivo importante de la sociedad y de la Ciencia Médica.

Si bien el tema de la ancianidad no se encuentra prioritariamente en nuestras mentes o que si lo está, ocupa la forma de un problema y no de un hecho natural, es necesario entender de que es parte de nuestra vida diaria y que al pensar en ello sólo estamos viendo nuestro mañana.

A la ancianidad usualmente se le asocia con decadencia, con improductividad, con dependencia, con pobreza, con soledad, con abandono y con enfermedad. Los ancianos son considerados como una carga económica que consume y no produce, mientras que la sociedad limita su participación, probablemente porque la población no tiene conciencia de lo que significa y representa la vejez y porque no se ha preparado para hacerle frente a esta situación.

Es imprescindible tener el concepto de que siempre existe una posibilidad abierta al mañana y a la vida, que la vejez es una continuación evolutiva y no necesariamente una etapa y mucho menos, que sea terminal de la vida, que existen formas de adecuación al deterioro fisiológico que naturalmente debe producirse y de prevención para los estados patológicos, así como que la vejez no significa enfermedad ni muerte, sino más bien vida, que aunque limitada, puede convertirse en el período evolutivo más hermoso.

Es muy fácil que el profesional médico sea absorbido por el deslumbramiento de los medios técnicos altamente sofisticados que pueden evaluar los cambios anatómicos, fisiológicos y bioquímicos que se presentan en el anciano, pero que no evalúan otros aspectos importantes como son el cultural, el social, el psicológico, el económico, etc., los cuales son sumamente importantes en el diagnóstico y en la atención integral del anciano.

Para evitar caer en la etapa asistencial meramente y poder realizar una buena labor de prevención, es necesario identificar a la población anciana de alto riesgo, la cual representa un 15 a 20% y está constituida por los que viven solos, por los de escasos recursos, por los que han enjuiciado recientemente, por los que han estado hospitalizados ultimamente, por los que permanecen inmóviles o son incontinentes o porque han perdido la capacidad mental de enjuiciamiento normal.

Este tipo de pacientes necesitan de un cuidado y observación permanente, con controles médicos periódicos para prevenir el desarrollo de estados patológicos y para lograr detectar las manifestaciones tempranas de enfermedad, evitando el progreso de ellas y la evolución de complicaciones, que al final conducen hacia la muerte.

Los ancianos enfermos lo están, porque realmente se encuentran enfermos y no porque están viejos. Asimismo, debemos ser sumamente claros, en que la MAYOR declinación funcional en el anciano se debe a la presencia de alguna enfermedad y no al hecho de que esté envejeciendo, por lo que cuando se deteriora el estado general de salud de un anciano se debe proceder rápidamente a investigar la causa, para lograr recuperar prontamente el estado de salud previo.

Para el médico no geriatra o para el que no suele atender a este grupo humano, no es muy fácil entender al anciano y poder enfrentar con éxito sus problemas; esto no se debe a que el médico no tenga interés por hacerlo o porque no tenga la paciencia adecuada, sino porque muchas veces el paciente anciano no refiere o no quiere referir las molestias que lo aquejan, ya sea por apatía, por depresión, por pérdida intelectual, por confusión, por no limitar su independencia, por temor a ser hospitalizado o porque simplemente considera que sus molestias o síntomas son consecuencia del envejecimiento natural, lo cual muchas veces es apoyado por la familia y lo que es peor, por la opinión errada del médico no acostumbrado a manejar y tratar población anciana.

En otras ocasiones, el anciano sólo refiere la molestia que lo está incapacitando en ese momento, pero no refiere otro tipo de molestias que pueda estar presentando y que pudieran ser más importantes que la expresada o que puedan necesitar una evaluación más profunda. Para entender este fenómeno es necesario saber, que en diversas investigaciones se ha encontrado, que los ancianos presentan en un momento determinado varios procesos

patológicos, por lo que el médico no debe quedarse satisfecho con el diagnóstico de una sola entidad patológica, sino que está en la obligación de investigar la presencia de otros problemas.

Existen una serie de procesos patológicos que son frecuentes en el anciano y que deben ser motivo de descarte por parte del médico. Entre estos tenemos: insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria crónica, diabetes mellitus, cáncer, artrosis, deficiencias nutricionales y vitamínicas, demencia, problemas auditivos y visuales, anemia, enfermedad vascular periférica, incontinencia de esfínteres, entre otras.

La presentación de muchas de estas enfermedades es atípica e inespecífica, con una alta incidencia de complicaciones secundarias, las cuales deben ser prevenidas o enfrentadas adecuadamente.

Comentario aparte nos merecen las caídas, las cuales constituyen uno de los problemas más serios, ya que conducen a fracturas, inmovilizaciones, hospitalizaciones, limitaciones en la capacidad funcional con un mayor grado de dependencia, etc. Estas caídas usualmente se deben a que los ancianos tienen una menor coordinación, una mayor rigidez, un menor grado de control postural y de reflejos de orientación, los cuales producen una incapacidad para evitar las caídas. Otros factores comprometidos son la disminución de la agudez visual y auditiva y de la memoria. La prevención de caídas, es la forma de manejo más adecuada para enfrentar este problema y algunas de las medidas más efectivas son la eliminación de obstáculos en el camino rutinario, la colocación de pasamanos o de agarraderas en los pasadizos, escaleras y baños, el evitar las alfombras desplazables o enrollables o los cordones atravesados o los muebles fácilmente movibles (falso apoyo) o paradójicamente, las barandas al pie de la cama, ya que pueden convertirse en un obstáculo mas que en una ayuda.

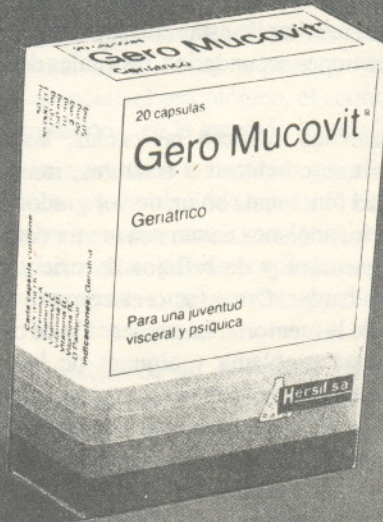
Para poder manejar adecuadamente muchos de estos problemas, la Ciencia Médica ha logrado avances notables en la terapéutica, descubriéndose drogas efectivas y con un margen de seguridad bastante aceptable. Lamentablemente, el problema no queda allí, ya que puede empezar el de las reacciones adversas medicamentosas.

Se sabe que los ancianos consumen aproximadamente el 25% del total de las prescripciones terapéuticas y que la polifarmacia es la regla en este grupo etáreo, ya sea por prescripción médica o por automedicación. Asimismo, el porcentaje de ancianos que reciben medicación está alrededor del 90%, por lo que existe un riesgo elevado de reacciones indeseables, que deben ser tenidas en cuenta cuando se habla del tratamiento en el anciano.

A pesar de estos avances terapéuticos científicos logrados en los últimos años, no debemos olvidar que éstos de ninguna manera sustituyen sino complementan al buen trato, al cariño, a la preocupación y al interés que debe tener la familia, el equipo médico multidisciplinario y el estado hacia el anciano y sus problemas; asimismo, es conveniente remarcar que el geronte debe tener algún tipo de actividad con responsabilidad, ya que la pérdida del poder que ejerció en algún momento de su vida, se convierte muchas veces en su principal problema.

El estado tiene la obligación de solucionar los diferentes problemas que se presentan en la población geriátrica y de preveer los requerimientos futuros que serán necesarios para atender al aumento poblacional (económico, recreativo, educacional, social, etc.) sobre todo de los más viejos y desamparados.

Finalmente podemos decir, que la calidad de vida en la población general y en especial, ha mejorado notablemente en los países desarrollados, pero que estos logros no han sido obtenidos en toda su magnitud hasta el momento en nuestra población geriátrica, por falta de un adecuado interés por parte de la sociedad y del estado, el cual no dicta o no ejecuta las acciones apropiadas de salud, por lo que todos debiéramos realizar algún tipo de presión para alcanzar estos objetivos.



porque hay una edad
a partir de la cual
su paciente lo
necesita.

COMPOSICION

Cada capsula contiene:

PROCAINA HCl	50mg
VITAMINA A	30,000U.I.
VITAMINA E	150mg
VITAMINA C	150mg
VITAMINA B ₁	10mg
VITAMINA B ₂	3mg
VITAMINA B ₆	50mg
D-PANTENOL	50mg

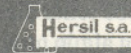
DOSIS

1 ó 2 capsulas al día según prescripción médica. Para conseguir su máximo efecto terapéutico, su administración debe ser por tiempo prolongado.

PRESENTACION

Caja de 20 a 100 capsulas

Gero Mucovit®
Cápsulas



"La Vejez no puede comprenderse sino como totalidad y no sólo como un hecho biológico, sino como un hecho cultural, que solo puede comprenderse en relación con cada una de ellas, porque el Ser Humano es un conjunto de acciones complicadas de aspecto Médico - Social."

Simone de Beauvoir