

La salud del paciente anciano: reto para la medicina familiar

Health of the Elderly Patient: a Challenge for Family Medicine

Arnulfo Irigoyen Coria,* Jessica Morales Prado, ** Yunuen Lucero Campos Moreira,**
Pedro Edwin Olvera de la Rosa, ** Lourdes Thalía Uribe Nava. **

* Profesor Asociado C, Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México.

**Médico Residente de segundo año de la especialidad en medicina familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México.

Datos empíricos demuestran que la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona. No existe una persona mayor “típica”. La diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse, lo que pone de manifiesto la importancia del enfoque del curso de la vida. Aunque a la larga la mayoría de las personas mayores experimentarán múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia.

Además, contrariamente a lo que suele suponerse, el envejecimiento tiene mucha menos influencia en los gastos en atención de la salud que otros factores, como el alto costo de las nuevas tecnologías médicas.

Margaret Chan¹

En el México de hoy, las personas adultas mayores se encuentran a punto de ingresar formalmente a la vejez; por el sólo hecho de que ya nacieron y debido a ello, el proceso del *envejecimiento demográfico* ya no es reversible. Las generaciones más numerosas en la población infantil son las reportadas de 1960 a 1980, y que naturalmente ingresarán al grupo de 60 años y más, a partir del 2020. Esto se verá reflejado con el incremento de ancianos en las próximas décadas. A partir de los 45 años de edad, la discapacidad se incrementa progresivamente alcanzando su cúspide a partir de los 70 años, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional son mayores. Es por ello, que al establecer líneas preventivas en los padecimientos más comunes -que aparecen en la vejez-coadyuvará a ganar años de vida saludable para aquellas personas de 60 años y más, para que la prevalencia de la discapacidad no tenga el mismo impacto que observamos actualmente.²

Los ancianos tienen mucho que ofrecer a la sociedad: han acumulado sabiduría y experiencia. Si los mantenemos saludables, funcionales e independientes, podrían seguir favoreciendo a sus comunidades y a sus propias familias, pero lo más trascendente, es que podrían ser serán más felices. De ahí que se recomiendan 12 actitudes que le permitan al adulto mayor ser un integrante respetado y valorado en todo momento en el marco de la familia²: Actitud de comprensión hacia los miembros de la familia. Aceptar a cada uno con sus actitudes positivas y negativas. Mostrarse prudentes, discretos y con mucho tacto en su actuar con los miembros de la familia. Escuchar y hablar lo necesario, cuidar de no herir a su interlocutor. No dar consejos no solicitados. Ceder mucho, especialmente con los adolescentes y jóvenes, de manera que para ellos sea un agrado el venir a la casa de los abuelos. Mantener una buena comunicación de confianza y mucho diálogo.^{3,4}

Las enfermedades crónico degenerativas (ECD) afectan a todos los grupos de edad; por lo que se requiere prestar atención a este tipo de patologías, ya que existe mayor prevalencia en los grupos de edad más avanzada. Los adultos y ancianos son vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las ECD, tales como ingerir alimentos contaminados, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol, entre muchas otras. La influencia de la sociedad puede expresarse de forma evidente en la urbanización explosiva y en los modos de vida poco saludables así como en el “explosivo” envejecimiento de la población. Por ello es indispensable que cada paciente sea consciente de su enfermedad y asuma responsablemente tanto el tratamiento fármacológico como el no farmacológico. De esta manera se contribuiría significativamente a evitar complicaciones a corto y largo plazo, mejorando la calidad de vida del paciente.^{3,4}

Las personas de la tercera edad se ven enfrentadas a muchas pérdidas.^{3,4} Algunas de las más significativas son:

- la presbicia
- disminución de las habilidades cognitivas como la memoria
- muerte de hermanos y otros familiares cercanos
- pérdida de la independencia al no poder valerse por sí mismos
- incorporación a la etapa de retiro
- jubilaciones y pensiones insuficientes

este deterioro en general afecta su pleno desarrollo y favorece un deficiente apego a los tratamientos, lo que condiciona complicaciones y una mala calidad de vida. Por lo tanto, resulta indispensable que el paciente cuente con una red de apoyo amplia, que le ayude y le apoye en la comprensión de su enfermedad, la organización de sus medicamentos, y la modificación de los principales factores de riesgo. Para cada adulto mayor, la familia ocupa un lugar importante en su vida. Debido a las circunstancias propias de la tercera edad:

- se necesita una familia que los apoye
- familiares y personal del equipo de salud que les explique su enfermedad
- recibir una guía efectiva a lo largo de su padecimiento

para obtener así, los beneficios de un adecuado y efectivo acompañamiento.

La familia es el primer y más importante recurso de apoyo para el anciano, en ella nació, a ella se dedicó; por lo que es de esperar que en la familia se desarrolle a plenitud su senectud. El apoyo emocional forma parte importante en la adaptación y superación de problemas de cualquier índole, la manera de lograrlo es: escucharlos, comprenderlos y brindarles la atención y el tiempo necesarios. La familia debería facilitar al anciano: descanso eficiente, empleo de su tiempo libre, realización de actividades cotidianas, en concordancia con sus limitaciones visuales, auditivas y motrices. La comprensión, tolerancia y sensibilidad dan la fortaleza necesaria para facilitar en el anciano una vida plena con dignidad.^{3,4}

Recomendaciones para el médico familiar y el cuidador

El médico familiar debe tener especial cuidado en verificar que el cuidador tenga posibilidades reales de poder efectuar los cuidados esperados; por lo que debe cumplir con los requisitos de proximidad y condiciones físicas adecuadas. Que tenga un nivel aceptable de relación afectiva con el paciente; que el cuidador inspire seguridad y confianza; que cuente con la suficiente capacidad intelectual (no deficitaria) y suficiente nivel cultural; que tenga sentido de responsabilidad y goce de salud mental^{5,6}.

El médico familiar y su equipo de salud deberían verificar que el enfermo anciano se encuentre en una habitación cómoda y con poco ruido, sábanas sin arrugas, secas y limpias. Cuando se encuentre en cama que la cabeza se localice más elevada que el cuerpo. Que se hayan realizado los cuidados mínimos como:

- limpieza de la boca
- limpieza de la lengua y encías
- hidratación de los labios con vaselina
- detectar el sentido individual que tiene el “confort” para cada paciente^{5,6}.

Y cuando se llegue a la etapa final, del enfermo anciano, podríamos ayudar a los pacientes y a sus familiares aumentando el número y duración de las visitas, intensificando los cuidados al enfermo, aplicando las medidas de urgencia en caso de hemorragias, vómito, agitación, etc.; evitando crisis de claudicación emocional en la familia. Pensar en la posibilidad de que aún cuando el enfermo se encuentre obnubilado o en coma, puede tener percepciones, razón por la que deberíamos ser muy cautos con los temas de conversación que abordemos delante de él. Resulta necesario comprender la necesidad de considerar a la familia como parte del equipo multidisciplinario -en el cuidado de estos enfermos-. La familia es quien más tiempo está con el enfermo y por lo tanto es la que debe llevar a cabo los cuidados de la manera más integral posible, al realizar el baño, la alimentación, la administración de medicamentos, el apoyo, el contacto físico, etc. Las relaciones satisfactorias: *paciente-familiares* y *médico familiar-paciente-familia* requieren de paciencia, compromiso y aceptación. Si no se toman en consideración estos factores la relación médico-paciente podría convertirse en una peligrosa fuente de estrés y frustración anulando la posibilidad de realizar una ayuda efectiva al anciano enfermo. Los médicos familiares -en colaboración con el equipo de salud- somos los encargados de entrenar a los cuidadores de los pacientes, lo cual debería incluir el conocimiento de las patologías que padecen los propios ancianos. Pero no solo eso, somos los responsables de vigilar de igual manera la salud del cuidador y de poner el máximo esfuerzo para evitar que caiga en el desgaste tanto físico como emocional.⁶⁻¹⁰

Referencias

1. Chan M. Prólogo. Biblioteca de la OMS: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1&ua=1
2. Secretaría de Salud. Atención del Envejecimiento 2013-2018. México. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf
3. Placeres Hernández JF, de León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011; 33(4): 472-483. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es.

4. Relaciones familiares y sentimentales del adulto mayor Disponible en:
http://www.elhospitalblog.com/vida_sana/cuidados-del-adulto-mayor/relaciones-familiares-y-sentimentales-del-adulto-mayor/
5. El anciano dentro de la familia. Disponible en: <http://news.eduvirama.com/el-anciano-dentro-de-la-familia/>
6. Irigoyen Coria A, Morales López H. El anciano y su familia. En: Hamui Sutton A, Martínez Gallardo L. (eds.) *The Family Physician and the Care of the Elderly*. Pan Am Fam Clin 2006;1:10-15.
7. Benítez del Rosario MA. Atención de la salud del anciano. En: Zurro M, Cano PJ eds. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5^a. Ed. Madrid:Elsevier. 2003. p.1642-1670.2. Citado en: Irigoyen Coria A, Morales López H. El anciano y su familia. En: Hamui Sutton A, Martínez Gallardo L. (eds.) *The Family Physician and the Care of the Elderly*. Pan Am Fam Clin 2006;1:10-15.
8. Santos-Preciado I. Programa de salud del anciano y del adulto. En: De la Fuente JR,López-Bárcena J.(comp.). *Federalismo y Salud en México. Primeros alcances de la reforma de 1995*. 1^a. ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Editorial Diana. 2001.p- 121-129.4. Citado en: Irigoyen Coria A, Morales López H. El anciano y su familia. En: Hamui Sutton A, Martínez Gallardo L. (eds.) *The Family Physician and the Care of the Elderly*. Pan Am Fam Clin 2006;1:10-15.
9. García RE. Asistencia domiciliaria, la muerte en casa. Coordinación entre los distintos niveles asistenciales. En: Gómez-Sancho M. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS. 1994. p. 229-252.5. Citado en: Irigoyen Coria A, Morales López H. El anciano y su familia. En: Hamui Sutton A, Martínez Gallardo L. (eds.) *The Family Physician and the Care of the Elderly*. Pan Am Fam Clin 2006;1:10-15.
10. Chacón RM, Grau AJ. La familia como parte del equipo: el cuidador principal. En: Gómez-Sancho M. *Medicina paliativa en la cultura latina*. Madrid: Ediciones Arán. 1999. p. 995-997. Citado en: Irigoyen Coria A, Morales López H. El anciano y su familia. En: Hamui Sutton A, Martínez Gallardo L. (eds.) *The Family Physician and the Care of the Elderly*. Pan Am Fam Clin 2006;1:10-15.