

# TEMA 12. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

---

**12.1. Concepto. 12.2. Factores de riesgo para la salud en las distintas etapas de la vida: infancia, adolescencia, adulto y anciano. Cuidados de enfermería.**

## 12.1. CONCEPTO

Las actividades de prevención y promoción de la salud son parte integrante de la Atención Primaria. La existencia de patologías crónicas relacionadas causalmente con factores de riesgo derivados de modos de vida no saludables ha incrementado la importancia de este grupo de actuaciones sanitarias.

Los distintos planes de salud elaborados por un número cada vez mayor de instituciones sanitarias españolas contemplan, como elemento fundamental, el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud y las integran con las asistenciales en el trabajo cotidiano del Equipo de Atención Primaria.

### 12.1.1. Prevención de la salud

La prevención se centra en desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad.

En la historia natural de las enfermedades se pueden distinguir tres periodos: prepatogénico, patogénico y de resultados.

- **Periodo prepatogénico:** comienza con la exposición a factores de riesgo o etiológicos, y en él desempeñan un papel importante los elementos que favorecen la susceptibilidad del huésped para padecer la enfermedad. Estos factores de riesgo pueden ser no modificables (edad, sexo) o, por el contrario, ser susceptibles de cambios inducidos por actuaciones de prevención primaria, que es posible llegar a eliminarlos o, al menos, conseguir un descenso significativo de la exposición del sujeto a ellos.
- **Periodo patogénico:** se distinguen habitualmente dos estadios o fases: presintomática (sin síntomas ni signos de la enfermedad) y clínica. Durante la primera

ya se han iniciado los cambios anatomopatológicos inducidos por el agente causal y, en la segunda, estas alteraciones orgánicas ya son lo suficientemente importantes como para dar lugar a manifestaciones en el paciente.

- **Periodo de resultados:** son las consecuencias del avance de la enfermedad inducida por los agentes causales (muerte, incapacidad, situación de enfermedad crónica o curación)

### Niveles de prevención

Los distintos niveles de prevención están en íntima relación con las fases de la historia natural de las enfermedades, enunciadas anteriormente:

- Prevención primaria o frente a las causas.
- Prevención secundaria frente a la enfermedad en sus fases precoces.
- Prevención terciaria o rehabilitación, dado que previene la incapacidad.

Ante la enfermedad, se emplean, por tanto, tres tipos de esfuerzos con vistas a conseguir:

- Que no aparezca.
- Que desaparezca.
- Que se desarrollen capacidades que compensen las lesiones que se originen.

Son los tres momentos de la prevención: primario, secundario y terciario.

### A. Prevención primaria

Las **actividades de prevención primaria** son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo será disminuir la incidencia de la enfermedad.

Desde una vertiente más amplia, saludable, también incluye las actividades que buscan el desarrollo de las potencialidades físicas, psíquicas y sociales en individuos y comunidades.

Actúan en el periodo prepatogénico, es decir, antes de que la interacción entre los distintos factores y el individuo den lugar a la aparición de la enfermedad

Las medidas de prevención primaria pueden intervenir:

- Sobre el medio ambiente: saneamiento ambiental, higiene alimentaria, etc. Son medidas de protección de la salud.
- Sobre las personas: vacunas, quimioprofilaxis, quimioprevención, educación sanitaria, etc. Son actividades de promoción de la salud.

Las competencias de los profesionales de enfermería en el mantenimiento y promoción de la salud y prevención de la enfermedad se incluyen en esta fase.

### **B. Prevención secundaria; cribados o cribajes. Detección precoz de los problemas de salud**

La **prevención secundaria** busca eliminar la enfermedad en sus primerísimas fases. Por ello, decimos lucha contra la prevalencia, por cuanto la enfermedad ya está entre nosotros.

Se articula en un conjunto de acciones que buscan:

- El diagnóstico precoz.
- El tratamiento intensivo correspondiente de las enfermedades antes de que hayan producido manifestaciones clínicas que motiven a acudir a quienes las padecen a los centros asistenciales.

La prevención secundaria actúa cuando la primaria no ha existido o ha fracasado. Su objetivo es reducir la morbimortalidad. Tiene lugar en la fase presintomática del periodo patogénico de la historia natural de la enfermedad.

El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de cribado o detección (screening, tamizado, detección precoz) y consisten en el conjunto de procedimientos (pruebas de laboratorio, exploraciones radiológicas, etc.) que ofrece el Sistema Sanitario para detectar una enfermedad.

Los cribados pueden ir dirigidos a la población general o a algún grupo que por sus características personales sea considerado de riesgo.

Las pruebas de cribado que se utilizan en la detección precoz de una enfermedad son, generalmente, muy sensibles porque interesa detectar todos los casos posibles. Esto implica que darán muchos falsos positivos y que, posteriormente, estos sujetos tendrán que someterse a una prueba más específica, con el fin de confirmar el diagnóstico.

### **C. Prevención terciaria**

Las actividades de prevención terciaria se definen como aquellas que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida. Buscan enlentecer la progresión de la enfermedad y, con ello, evitar la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Entre ellas podemos incluir el ejercicio precoz en un IAM, abandono del hábito tabáquico en un sujeto con EPOC, etc.

#### **12.1.2. Promoción de la salud**

Según la Carta o Conferencia de Ottawa (Ginebra, OMS 1986), se define como el *proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla*.

Cualquier actitud, recomendación, o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o de disminuir su morbimortalidad es, en sí misma, una medida de promoción de la salud.

La promoción de la salud subraya la educación sanitaria, el asesoramiento y las condiciones favorables de vida. Debe ser una labor fundamental de los profesionales de enfermería que, a menudo, establecen un vínculo de comunicación con los pacientes más intenso que el de otros profesionales sanitarios.

El fomento a la salud debe iniciarse antes del nacimiento del individuo y, ha de continuar a lo largo de la niñez y la adolescencia, de la vida adulta y de la ancianidad.

## **12.2. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA: INFANCIA, ADOLESCENCIA, ADULTO Y ANCIANO. CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Erikson define ocho etapas del ciclo de la vida:

- Primera infancia (lactantes).
- Final de la primera infancia (de 1 a 3 años).
- Inicio de la infancia (preescolar, 4-5 años).
- Infancia (6-12 años).
- Adolescencia.
- Primera madurez (adulto de 20 a 40 años).
- Segunda madurez (de 40 a 60 años).
- Tercera madurez (después de los 60 años).

Estas etapas son la base para configurar la historia de vida o método biográfico, utilizada por la enfermería comunitaria para confeccionar el registro evolutivo de los procesos de alteración de la salud de los pacientes en sus historias de enfermería.

Según Lalonde (ministro de Sanidad del Canadá, 1974), el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables:

- La biología humana (genética).
- El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- El estilo de vida.
- El sistema de asistencia sanitaria.

Una no se puede modificar apenas (la biología humana). Las otras sí son susceptibles de alteración.

### 12.2.1. Factores de riesgo para la salud en la infancia

Como hemos visto anteriormente, se define **factor de riesgo** como cualquier exposición, condición o característica que está asociada a una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad.

#### Primera infancia

El **periodo neonatal** es el espacio de tiempo de la vida humana que comprende los 28 días después del nacimiento; es una etapa de vida caracterizada por un índice de mortalidad más alto que en edades posteriores del niño; aproximadamente las 2/3 partes de las muertes infantiles tienen lugar en este periodo.

Es de destacar la elevada interdependencia de la patología del recién nacido con la del niño mayor, por lo que se considera un momento de necesidad extrema en el cuidado de enfermería.

La **morbilidad perinatal** se define como un proceso (o procesos) patológico observado en el feto o en el niño durante el periodo perinatal.

Este proceso puede seguir uno de los siguientes cursos:

- Finalizar con la muerte.
- Terminar en un proceso que requiera tratamiento, rehabilitación o asistencia continua durante el resto de la vida.
- Parecer que se recupera para, posteriormente, presentar signos o síntomas debidos, en todo o en parte, al proceso inicial.
- Conducir a la recuperación completa.

#### A. Grupos de factores relacionados con la morbilidad neonatal

- Factores genéticos.
- Enfermedades permanentes de la madre.
- Enfermedades maternas durante el embarazo y complicaciones obstétricas.
- Características biológicas de la madre.
- Posición económica y social de la madre y de la familia.
- Factores ambientales.

#### B. Factores de riesgo biológicos

- Prematuridad.
- Crecimiento intrauterino retardado.
- Defectos congénitos.
- Asfixia perinatal y encefalopatía hipóxico-isquémica.
- Hemorragia intracraneal.
- Displasia broncopulmonar.
- Anormalidades bioquímicas (hipoglucemia, policitemia, hiperbilirrubinemia).
- Infecciones neonatales.
- Crisis convulsivas neonatales. Exploración neurológica anormal.
- Abuso de sustancias por parte de la madre.

#### C. Factores de riesgo ambientales

También hay situaciones de riesgo ambientales que pueden afectar al desarrollo del recién nacido de varias maneras: actuando sobre su estado nutricional, higiene, desarrollo emocional y social y, en definitiva, promoviendo actitudes y comportamientos que derivarán en resultados negativos sobre la adquisición de hábitos de vida saludable en la edad adulta.

- Pobreza/desempleo de los padres.
- Madre adolescente.
- Padres o cuidadores con enfermedades: retraso mental, enfermedad mental.
- Antecedentes de maltrato o abandono de niños en la familia.
- Abuso de sustancias tóxicas por parte de los padres o un cuidador.
- Alteración o disfunción familiar grave (violencia familiar, hogar no estable).
- Separación entre padres e hijos (divorcio, encarcelamiento de la madre...).
- Falta de capacidad para la crianza (incapacidad de quien lo cuida para responder a las necesidades del lactante...).
- Falta de cuidado prenatal.

#### D. Cuidados de enfermería

El periodo neonatal, por ser el de mayor morbilidad de la infancia y por su carácter de transición entre la

vida intrauterina y extrauterina, es uno de los que requiere mayor atención de enfermería. Es fundamental la intervención de los profesionales sanitarios sobre los padres, antes del nacimiento, la detección de factores de riesgo y la atención continuada que permitirá una buena adaptación de los padres tanto al bebé como a la nueva situación.

### Infancia

En el tramo de edad entre 1-14 años, los accidentes infantiles se han convertido en la primera causa de mortalidad, desplazando de ese puesto a las enfermedades infecciosas y a otro tipo de patologías.

#### A. Factores de riesgo ambientales

Son factores de riesgo producto de los avances de la vida moderna y de los estilos de vida que prevalecen en nuestra sociedad.

- Aumento de la movilidad y el transporte.
- Mecanización doméstica.
- Electricidad.
- Tipo de vivienda, diseño de mobiliario, entornos domésticos (escaleras, aceras, piscinas, etc.,...).
- Presencia en el hogar de sustancias tóxicas (medicamentos, productos de limpieza, etc.,...).

#### B. Cuidados de enfermería

Son cada vez más numerosos los programas que tienen como finalidad el desarrollo de hábitos sanos en el niño; es fundamental la intervención de los profesionales sanitarios sobre los padres y sobre el niño en desarrollo; sus hábitos y costumbres están en etapa formativa y son susceptibles de adquirir factores de influencia que promuevan actitudes sanas.

sufrir los daños que los aquejan, como accidentes, embarazos precoces, abuso de sustancias psico-activas, enfermedades de transmisión sexual y el suicidio.

- Inadecuado ambiente familiar.
- Pertenencia a grupos antisociales.
- Promiscuidad.
- Bajo nivel escolar, cultural y económico.

### B. Cuidados de enfermería

Los profesionales de la salud debemos comprometer-nos, fomentando el desarrollo integral del adolescente, mediante las siguientes vías:

- **A nivel individual:** Se trata de desarrollar su autoestima y autoeficacia (capacidad para reconocer las propias habilidades para realizar acciones positivas), mediante las relaciones interpersonales, las nuevas experiencias, y el aprendizaje de cómo hacer frente a los nuevos desafíos.
- **A nivel social:** El objetivo es crear redes amplias y definidas de recursos y medios que permitan al individuo obtener el apoyo necesario.

Se tratará de desarrollar políticas que faciliten el incremento de los factores protectores y que permitan el acceso fácil de adolescentes y jóvenes a los Servicios de Salud.

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES</b> | Autoestima<br>Autonomía<br>Orientación social (no individualismo)   |
| <b>CARACTERÍSTICAS FAMILIARES</b> | Cohesión<br>Calidad<br>Bajo nivel de discordia  |
| <b>SISTEMAS DE APOYO SOCIAL</b>   | Estímulos adecuados<br>Reconocimiento de los intentos apropiados de adaptación, ya sea por parte del sistema escolar, instituciones, etc. |

#### 12.2.2. Factores de riesgo para la salud en la adolescencia

La adolescencia es un período crítico en que pueden iniciarse hábitos o conductas de riesgo que van a condicionar su morbimortalidad al llegar a la edad adulta. Se trata de una edad con unas características muy específicas (impulsividad, negación del riesgo) que propician un tipo concreto de patologías de suficiente interés sanitario como pueden ser las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados o los trastornos en la conducta alimentaria

#### A. Factores de riesgo

El manejo de estos factores de riesgo permite identificar a aquellos adolescentes que están más expuestos a

#### 12.2.3. Factores de riesgo para la salud en el adulto

##### Adulto joven (primera madurez)

Los primeros años de vida adulta son un periodo de óptima función física. En esta etapa, las principales causas de muerte son las lesiones traumáticas, el homicidio, el suicidio, el cáncer y las cardiopatías.

Tres cuartas partes de las muertes traumáticas de las personas en este grupo de edad se deben a accidentes de tráfico (primera causa de muerte entre los jóvenes en la población española) y en la mitad de los accidentes con vehículos a motor, interviene el alcohol.

Los principales problemas sanitarios prevenibles en los adultos jóvenes corresponden a uno de estos dos grandes grupos:

- Lesiones y violencia que producen la muerte o la incapacidad de muchos jóvenes.
- Formas de vida.

Las consecuencias sanitarias relacionadas con el consumo de tabaco y alcohol, la dieta, el ejercicio, las prácticas sexuales y los hábitos de seguridad suelen estar relacionados con comportamientos y actitudes que se han desarrollado durante la adolescencia.

### A. Cuidados de enfermería

Hacer un fuerte énfasis en la prevención durante esta etapa de la vida puede dar resultados muy positivos en etapas posteriores.

- Educación sobre dieta y ejercicio; promover una alimentación saludable mediante la elaboración de materiales educativos sobre la calidad y cantidad de los nutrientes para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas.
- Destacar el consumo excesivo de grasas saturadas, el sedentarismo y el sobrepeso como factores importantes de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.
- Consideración del consumo excesivo de sustancias entre este grupo de edad: tabaco, alcohol y otras drogas. Desarrollo de campañas educativas dirigidas a la comunidad con el propósito de informar de las consecuencias de su consumo y de su relación con los accidentes de tráfico. Es importante realizar un seguimiento a largo plazo y proporcionar métodos para ayudar a su abandono.
- Promoción de prácticas sexuales seguras ya que, a esta edad, las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH constituyen riesgos especiales.
- Prevención de lesiones.
- Protección de la piel frente a radiaciones ultravioleta.
- Revisión del calendario vacunal.

### Segunda madurez

El perfil sanitario de los adultos de edad media está determinado en gran medida por factores de riesgo derivados de comportamientos y hábitos de vida.

Los cambios positivos en los comportamientos han reducido el número de muertes relacionadas con el cáncer, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las lesiones traumáticas, las enfermedades pulmonares crónicas y las hepatopatías.

La principal causa de muerte en este grupo de edad son las cardiopatías, seguido del cáncer prostático y colorrectal en varones y de mama y de pulmón en las mujeres.

### A. Cuidados de enfermería

Una buena promoción de la salud basada en la educación sobre los beneficios del ejercicio, la dieta y el cese del consumo de tabaco pueden minimizar los factores de riesgo de enfermedades cardíacas.

La promoción y la protección de la salud en este grupo de edad van dirigidas a la modificación de hábitos personales y de formas de vida, con el fin de mejorar su desarrollo biológico, físico y psicosocial.

#### 12.2.4. Factores de riesgo para la salud en el anciano

La conservación de la salud y de la independencia funcional son los aspectos más importantes de la promoción de la salud en los adultos de edad avanzada.

Es difícil determinar unos criterios válidos que nos lleven a presentar las enfermedades características que desarrollan los ancianos y a establecer un orden de prioridad de las mismas. Las enfermedades más comunes en la población mayor de 65 años, por orden de frecuencia, son las siguientes: HTA, accidente cerebrovascular, bronconeumopatía crónica, poliartritis, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, demencia senil, depresión y reumatismo inflamatorio.

### A. Factores de riesgo

Consideramos una serie de condicionantes de la vida del anciano como posibles desencadenantes de situaciones negativas:

|  |  |
|--|--|
| <b>FACTORES DE RIESGO DE ORIGEN ORGÁNICO</b>   | Hipertensión arterial<br>Malnutrición<br>Dificultades sensoriales<br>Incontinencia   |
| <b>FACTORES DE RIESGO DE ORIGEN AMBIENTAL</b>  | Barreras arquitectónicas<br>Escasos recursos económicos<br>Inactividad<br>Polimedicación<br>Alcoholismo<br>Cambios en el entorno, traslados, ingresos... |
| <b>FACTORES DE RIESGO DE ORIGEN RELACIONAL</b> | Soledad / aislamiento<br>Insomnio<br>Desorientación  |

Todos ellos pueden coexistir, ir asociados a problemas patológicos o incluso ser el desencadenante de posibles situaciones de enfermedad. Es importante tenerlos presentes en cualquier valoración de la persona anciana ya sea en su domicilio o en el Centro de Salud.

### B. Cuidados de enfermería

Los objetivos generales de la prevención geriátrica son equivalentes a los planteados en otras edades:

| ACTUACIÓN SANITARIA  | FRECUENCIA   | TRASTORNO A DETECTAR O PREVENIR   | COMENTARIOS  |
|--|--|---|--|
| MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL  | En cada consulta médica o al menos una vez al año. En decúbito y en bipedestación  | Hipertensión  | No hay evidencia clara sobre la eficacia de tratar a los ancianos muy mayores (> 80-85 años).  |
| MEDICIÓN DE LÍPIDOS  | La USPSTF recomienda screening de adultos asintomáticos mayores de 35 años en varones y mayores de 45 en mujeres. Medición cada 5 años | Dislipemia  | Si previamente son normales, es poco probable que se aumenten por encima de los 65 años. Es más frecuente que se encuentren niveles bajos por malnutrición.  |
| ECG  | Una vez al año sobre todo a mayores de 75 años   | Fibrilación auricular no valvular   | El tratamiento precoz con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios (eficacia menor que con anticoagulación) reduce el riesgo de ictus.  |
| EXPLORACIÓN FÍSICA y RX DE TÓRAX (ésta última opcional)                  | Una vez al año sobre todo en mayores de 75 años  | Insuficiencia cardíaca congestiva   | Control de los factores de riesgo. El tratamiento precoz con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, los betabloqueantes y la espironolactona han demostrado no sólo una disminución de la mortalidad, sino también una mejoría del nivel funcional y de la tasa de reingresos con la consiguiente disminución de la incapacidad. |
| VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA (graduación, presión intraocular, fondo de ojo) | Anual  | Presbicia, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía diabética, Degeneración macular senil | Corrección adecuada con lentes. Intervención quirúrgica de cataratas. Tratamiento para el glaucoma que previene la ceguera. Fotocoagulación con láser de argón para la degeneración macular senil.   |
| ESTUDIO OTOSCÓPICO Y AUDIOMÉTRICO  | Anual  | Déficit auditivo  | Adaptar audífono cuanto antes  |
| DENSITOMETRÍA ÓSEA   | Una vez a los 65 años  | Osteoporosis  | En mujeres sintomáticas, en mujeres asintomáticas con varios factores de riesgo de osteoporosis o en mujeres y varones con tratamiento corticosteroideo prolongado. El tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D y los bifosfonatos han demostrado prevenir fracturas vertebrales y no vertebrales al aumentar la densidad mineral ósea.    |
| GLUCEMIA BASAL   | Anual  | Diabetes tipo 2   | Para casos con factores de riesgo (antecedentes familiares, obesidad, hipertensión arterial e intolerancia a la glucosa).  |
| EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (Test de Pfeiffer, MEC de Lobo)                 | Anual  | Deterioro cognitivo   | Detectar cuanto antes para realizar estudio para aproximar etiología y aplicar tratamiento.  |
| EXAMEN DEL ESTADO ANÍMICO (Test de Yesavage)                             | Anual  | Depresión   | Iniciar tratamiento precoz farmacológico y psicológico.  |
| MEDICIÓN DE LA TSH   | Al menos cada 5 años   | Hipotiroidismo  | Algunos expertos recomiendan estudiar a todas las mujeres.   |
| MEDICIÓN DE LA VITAMINA B <sub>12</sub>                                  | Cada 5 años  | Anemia perniciosa   | La detección precoz y el tratamiento sustitutivo previenen las lesiones neurológicas, que son irreversibles.   |
| SANGRE OCULTA EN HECES   | Anual  | Cáncer de colon   | No se ha demostrado cuál de las dos pruebas es más útil para detectar el cáncer de colon. Se aconseja realizar el cribado hasta los 75-80 años si se goza de un buen estado de salud.  |
| SIGMOIDOSCOPIA   | Cada 3 a 5 años  |   |  |
| MAMOGRAFÍA   | Cada 1 ó 2 años  | Cáncer de mama  | Hasta los 70 años o más si existe una esperanza de vida razonable (de 5 a 10 años).  |
| CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL   | Al menos una vez cada 3 años   | Cáncer de cuello uterino  | Debe interrumpirse a los 65 años en las mujeres que fueron exploradas periódicamente durante su vida adulta sin dar nunca resultados anormales; en las mujeres no exploradas, puede interrumpirse tras 2 citologías sin alteraciones con un año de intervalo.  |
| TACTO RECTAL   | Anual  | Cáncer de próstata  | Eficacia no demostrada para prevenir la muerte por cáncer de próstata debido al curso relativamente indolente, la posibilidad de falsos positivos y las complicaciones de las maniobras diagnósticas (biopsia).  |
| NIVEL DE PSA ESPECÍFICO  |  |   |  |
| TRATAMIENTO CON ASPIRINA   | 100-300 mg/día   | Cardiopatía isquémica, ictus, cáncer de colon                                     | Económico y con pocos efectos secundarios que de todas formas habrá que valorar (ictus hemorrágico o hemorragia gastrointestinal). Si contraindicado (intolerancia o alergia) o recurrencia aún con aspirina, se empleará ticlopidina o clopidogrel (eficacia ligeramente mayor pero relación coste-eficacia elevada).                               |
| TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON ESTRÓGENOS                                   | Estrógenos conjugados (más progestona en las mujeres con útero intacto) a diario o en ciclos   | Cardiopatía isquémica. Osteoporosis   | Puede aumentar el riesgo de cáncer de mama. Puede reducir el riesgo de enfermedad de Alzheimer.  |
| REVISAR TRATAMIENTOS (pautados y no pautados)                            | Periodicidad según criterio del médico dependiendo de cada caso  | Polifarmacia (> 4 medicamentos)   | Evitar efectos secundarios, reacciones adversas a medicamentos, interacciones medicamentosas.  |

**Figura 12.1.** Estrategias preventivas recomendadas en ancianos

- Reducir la mortalidad originada por enfermedades agudas y crónicas.
- Mantener la independencia funcional de la persona tanto como nos sea posible.
- Aumentar la esperanza de vida activa.
- Mejorar la calidad de vida.

Es posible disminuir significativamente la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia en el anciano:

- **Enfermedad:** alteración del estado fisiológico en toda o en alguna de sus partes, órganos o sistemas que se manifiesta por un conjunto de síntomas y signos.
- **Deficiencia:** alteración de una función o de una estructura psicológica, anatómica o fisiológica. Puede ser temporal o definitiva. Enfermedad y deficiencia es casi sinónimo.
- **Dependencia:** consecuencias funcionales de la discapacidad con cambios en la actividad, lo que provoca dificultades para la realización de alguna o algunas tareas instrumentales o básicas, necesitando la ayuda de una persona. Hay situaciones de discapacidad que con apoyos técnicos no provoca dependencia, es decir, son independientes con dicha ayuda técnica si no necesitan la asistencia de una persona.
- **Discapacidad:** disminución parcial o total de la capacidad para desarrollar una actividad o función dentro de la normalidad como consecuencia de la deficiencia/enfermedad. La discapacidad está relacionada estrechamente con la edad y el sexo (mujeres más mayores). Esto es debido a que la mujer vive más, presenta mayor número de factores de riesgo socioeconómicos (soledad, viudedad, descenso de ingresos,...) y más enfermedades incapacitantes (artrosis, osteoporosis, enfermedades reumáticas,...). La mayor probabilidad de entrar en discapacidad para toda la población está entre los 80 y 85 años de edad.

Las enfermedades declaradas con frecuencia en España como causa de discapacidad en el anciano son, en este orden: Enfermedades musculoesqueléticas (artrosis, artritis y osteoporosis), enfermedades y dolencias del corazón y del aparato circulatorio (especialmente ictus), fracturas y traumatismos y, finalmente, los problemas neuropsíquicos (principalmente, demencias).

Sin embargo, el porcentaje de años vividos con discapacidad es diferente presentándose en orden descendente: Demencia, ictus, enfermedad musculoesquelética, enfermedad cardiovascular y cáncer.

Las competencias de la profesión enfermera gerontogeriatría dentro del proceso de cuidados vienen marcadas por un claro objetivo: proporcionar atención individualizada a la persona anciana y su entorno.

Así pues, la enfermera, el anciano, la familia y el equipo interdisciplinar deben concretar unos objetivos mutuos, unas prioridades y unas estrategias encaminadas a establecer las intervenciones terapéuticas, preventivas, recuperadoras y/o rehabilitadoras del anciano. El plan de cuidados se irá adaptando, mediante revisiones periódicas a las necesidades y/o cambios que se produzcan en el anciano, incluso después de su fallecimiento (atención en el duelo familiar).

En la aplicación de los distintos cuidados, se evidencian diferentes formas de intervención por parte del personal de enfermería. Entre estas, cabe distinguir:

- **Refuerzo.** El cuidador está a disposición del anciano. Sólo se le indica la acción a realizar en un determinado momento. Eso quiere decir que el anciano es autónomo.
- **Soporte.** El cuidador actúa con el anciano dando consejos y/u orientaciones y/o animando a que el anciano emprenda y ejecute él mismo una determinada acción.
- **Ayuda.** El cuidador contribuye parcialmente a la ejecución de una acción, al presentar el anciano una cierta limitación física y/o psíquica que le impide efectuar la acción por sí mismo.
- **Suplencia.** El cuidador efectúa por completo la acción de enfermería, al presentar el anciano una total incapacidad para la misma.

Así pues, es preciso tener en cuenta las características individuales del anciano, tanto las generadas por el propio proceso de envejecimiento como las producidas por las patologías adquiridas a lo largo de la vida, para poder desarrollar un plan de cuidados específico para cada individuo. Este plan debe conjugar el mantenimiento de las capacidades restantes, la mejoría en la satisfacción de las necesidades básicas; en definitiva, el fomento de la obtención de la mejor calidad de vida posible, de la dignificación como persona.

## BIBLIOGRAFÍA

- MARTÍN ZURRO, J.F. CANO PÉREZ, *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica*, 5ª edición. Madrid: Elsevier; 2003
- P.G.BEARE Y J.L.MYERS. *Enfermería Medicoquirúrgica*, 2ª edición. Madrid: Mosby; 1995.
- MANUAL CTO *Enfermería Atención Primaria*.
- MANUAL CTO *Enfermería*, 4ª edición. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 2007
- [www.msc.es](http://www.msc.es)