

El viejo

Coordinador:

Dr. Arturo Lozano Cardoso

Jefe del Servicio de Medicina Interna Hospital General de México.

Participantes

Dr. Pedro Antonio Bravo Bernabé, Médico Adjunto del Servicio de Ortopedia, Unidad 106, Hospital General S.S.A.

Dr. Armando Pichardo, Médico Adscrito, Medicina Interna, Unidad 110, Hospital General SSA

Dra. Hebe Serrano Fuentes, Jefe de Servicio de Psiquiatría, Unidad 405, Hospital General, SSA.

Coordinador En vista de una población de sujetos de edad avanzada que cada día va en aumento, considero que señalar algunas medidas para conservar la salud del viejo puede ser útil no sólo para el médico sino también para grupos paramédicos. Cuando se habla de prevención de enfermedades o conservación de la salud, es porque se está uno refiriendo a la utilización de medidas que actuarán en forma directa para bloquear su

aparición y limitarla y detener el proceso de la misma. En otras palabras, va a ser el control de la enfermedad en cualquiera de las etapas de su historia natural. La precocidad en la aplicación de estas medidas detendrá y en muchas ocasiones impedirá la aparición definitiva de las enfermedades.

La medicina preventiva se divide en tres partes: primaria, secundaria y terciaria. La primera se caracteriza porque se vale de todas las medidas conocidas para evitar la aparición de enfermedades, esto es, conocimientos y análisis de factores etiológicos o causales, predisponentes, condicionales, predictivos y de riesgo. Este último recientemente incorporado en la prevención primaria. En el viejo no siempre se podrá efectuar una prevención primaria adecuada. Por ejemplo, para estos casos cuando se ha realizado una prevención a

En vista del aumento de la población de edad avanzada serán útiles las medidas de medicina preventiva para conservar su salud. La prevención primaria no siempre podrá aplicarse, únicamente la secundaria y terciaria. El término adecuado para designar a los sujetos de 60 años es: viejo. En el H.G. de la SSA, consulta externa de gerontología, lo más frecuente son las cardiopatías, la diabetes, enfermedades vasculares cerebrales, cáncer y problemas bronconeumónicos, en este orden. El viejo responde en forma distinta a las enfermedades y una situación trivial puede poner en peligro su vida. La medicina preventiva en el viejo se realiza en equipo: médico, paramédico, enfermera, gericulista y arquitecto, entre otros.

corto plazo para las enfermedades inmunoprevisibles. Otro ejemplo respecto a los factores de riesgo (en caso que se presenten enfermedades crónicas) ya que los factores de riesgo se presentarán irremediamente a medida que avanza la edad y también incluso antes de que aparezcan procesos patológicos frecuentes en el viejo. La prevención secundaria tiene como finalidad detener y retardar el progreso de una enfermedad ya iniciada con y sin sus consecuencias en cualquier etapa de su evolución. Otra forma de hacer prevención secundaria es la realización de un tratamiento oportuno y efectivo. El éxito de esta terapéutica evitará secuelas, incapacidades prolongadas, invalidez y hasta la muerte.

La medicina preventiva terciaria se refiere al seguimiento de casos y a la rehabilitación. La rehabilitación es el reflejo de una buena medicina preventiva o profiláctica y además constituye un buen programa de salud; llevarla correctamente evitará enfrentarse con situaciones imprevistas y complejas. La medicina preventiva es menos complicada y menos costosa que la medicina curativa. Hay que tratar de no llegar a ésta. Para el grupo paramédico la medicina preventiva en el viejo a primera vista podría no tener mucho sentido. Sin embargo, la medicina preventiva en el viejo sí existe y es tan importante y trascendente como para cualquier grupo de edad. La prevención de tipo primario en el viejo como ya se había dicho prácticamente no existe ya que no se le puede hacer una prevención total de sus enfermedades, la que se le brinda la situamos dentro de una prevención secundaria considerada como el equivalente a la prevención y cuidado de las condiciones y deterioro pre-existente. También desde luego, para el viejo va a ser de gran utilidad la medicina terciaria porque ésta se refiere al seguimiento de sus casos y programas de rehabilitación.

Dr. Pichardo, en esta primera exposición he estado hablando de la palabra viejo, ¿es la correcta? ¿no tiene algún otro sentido?

Dr. Pichardo No, la palabra adecuada es viejo. Ya después de haber revisado ampliamente la terminología sobre todo en reuniones internacionales y la última que fue un semina-

rio en Kiev en 1979; se concluyó que la palabra adecuada para referirse a los sujetos normales de 60 años es viejo. Puede utilizarse la palabra anciano como un sinónimo aunque en un momento determinado parece ser más despreciativa la palabra anciano que viejo. No debíamos de tomar en un momento como una palabra peyorativa viejo, esa es la palabra adecuada.

Coordinador Por la experiencia que tenemos en el Hospital General de la SSA quiero preguntarle al Dr. Pichardo de los casos de consulta externa de Geriatria, ¿cuáles son los padecimientos más frecuentes en el viejo, y en qué casos las medidas de conservación de la salud serían las más efectivas?

Dr. Pichardo En dos años hemos visto 1632 pacientes aproximadamente. Lo que significa, un porcentaje bastante importante; o sea tener dentro de la población general del hospital un 9.68 por ciento de viejos. Las enfermedades que con mayor frecuencia encontramos en la consulta externa, las que ocupan el primer lugar son las cardiopatías que son un 45 ó 46 por ciento de todas las consultas. Sigue en orden de frecuencia la diabetes, después las enfermedades vasculares cerebrales, el cáncer, y por último los problemas bronconeumónicos. Cabe aquí una aclaración en relación a la bronconeumonía, quizá nosotros no la detectamos tan frecuentemente como era de esperarse porque los casos que vemos en la consulta externa llegan por su propio pie, en cambio los procesos bronconeumónicos habitualmente son canalizados al servicio de urgencias. Quizá ésta es la razón en esta estadística de nuestra consulta externa, de que no ocupen los primeros lugares las enfermedades del aparato respiratorio. Después siguen algunos procesos infecciosos como la pielonefritis y después todas las demás patologías, especialmente enfermedades degenerativas. Como se ve, realmente en las tres primeras entidades, la prevención puede ser de una gran utilidad, pero no en esta etapa sino en etapas previas, o sea en gente joven.

Coordinador Quiero agregar en este momento algunas características respecto del viejo y me voy a referir a las anatomofisiológicas. Se

ha visto que el viejo responde de manera distinta a las enfermedades, por lo tanto ahora se vuelve más frágil y a veces situaciones triviales pueden llevarlo a cuadros muy severos que llegan a poner en peligro la vida del sujeto.

Creo yo que en este momento pudiera ser difícil la aplicación de medidas preventivas y desde luego también con algún problema en la aplicación instantánea de algún tratamiento precoz. Yo quería preguntarle al Dr. Pichardo si en los casos que ven en la consulta externa, el cuadro clínico fue un poco distinto, o se parecen a los habituales y que la sintomatología y signología fueran distintas a las del adulto.

Dr. Pichardo Sí, es clara la pregunta y la respuesta es sí. Los cuadros clínicos ya no son los mismos. Quizá en relación a lo que mencionaba usted hace un momento de los cambios anatomofisiológicos del viejo, van a modificar el cuadro clínico de una enfermedad y hacerlo completamente distinto. Tenemos dos ejemplos que son del dominio de todos los clínicos por ejemplo, la cardiopatía isquémica y el infarto del miocardio. Todo mundo sabe que el infarto del miocardio se presenta con dolor retroesternal intenso acompañado de un cuadro de síntomas: mareos, sensación de muerte, angustia, palpitaciones, etc. En el viejo con infarto agudo del miocardio, vamos a encontrar un cuadro de insuficiencia cardíaca de una evolución a veces de unos cuantos días en el que no va haber dolor la mayoría de las veces. Otro cuadro serían, por ejemplo, las infecciones. La infección en una gente joven se manifiesta en primer lugar con fiebre, en el viejo es raro que encontremos fiebre, ¿Por qué razón? Por los cambios anatomofisiológicos que tiene el viejo.

Coordinador Sí, muy bien. Nosotros en el Hospital General hemos hecho ya revisiones sobre casos de autopsias del Departamento de Anatomía Patológica y más o menos sí coinciden los padecimientos cardiovasculares, y eso es un dato interesante como una información de la patología reinante en este aspecto.

Dr. Pichardo Quisiera yo decir algo a este respecto, quizá hay más pacientes con cáncer, porque son varios los servicios que ven este estado patológico y no es privativo del viejo. No



todos los cánceres son del viejo, algunos son de gente más joven y lógicamente el cáncer termina con la vida y en las cardiopatías isquémicas que vemos, no obtenemos un seguimiento adecuado del paciente y por lo tanto no sabemos en qué momento fallecen, ya que no lo hacen dentro del hospital. Yo creo que esa estadística está mostrando una variación en cuanto a lo que observamos con el paciente vivo.

Coordinador También al Dr. Pichardo: ¿usted cree que la medicina preventiva en el viejo la debe hacer exclusivamente el médico o se necesitan de algunos otros elementos ya sean paramédicos o de la comunidad?

Dr. Pichardo Es un equipo, la medicina preventiva, no sólo en el viejo sino en cualquier otra edad, pero en el viejo en especial la aplicación de las medidas de medicina preventiva las debe realizar un grupo que va desde el médico, el paramédico, la enfermera, la gericulista, arquitecto, etc., es un grupo que integra el equipo de salud para efectuar las medidas de medicina preventiva en el viejo.

Coordinador ¿Y qué grupos de médicos son los más útiles para el equipo geriátrico?

Dr. Pichardo Para el equipo geriátrico está primero un internista, que es el que va a llevar el mando del grupo, y con entrenamiento cardiológico importante. Debe de estar auxiliado

además por un especialista en medicina física y rehabilitación. Sin él no se puede integrar un equipo de salud para el viejo. El psiquiatra es otra de las partes importantes dentro de la atención del viejo. Otro es el médico ortopedista, por que él nos va a dictar las medidas preventivas para evitar la complicación de las fracturas, tenemos también el odontólogo quien juega también un papel muy importante en los aspectos nutricionales. También está el oftalmólogo, no lo debemos nosotros de desplazar dentro del equipo de un servicio de atención geriátrica del viejo, y quizá ya después quedarían todos los demás médicos; el audiólogo ocuparía un lugar junto con el oftalmólogo porque una buena parte de la patología del viejo lo constituye la sordera.

Coordinador ¿Y algún otro grupo, por ejemplo trabajadores sociales; gericultistas o algún otro elemento que usted considere importante como parte del equipo para la geriatría?

Dr. Pichardo Sí, ya usted los acaba de mencionar. Las trabajadoras sociales; un servicio de geriatría, que no tenga un buen servicio de trabajo social es como si no tuviera un buen médico. Esa es una cosa muy importante. El trabajo social va a tener una labor muy específica de ubicar y conocer cómo y donde vive el viejo, que nos va a ayudar a nosotros para poder establecer una atención integral. La gericultista que es una especialidad novedosa, que inclusive en México hay dos escuelas una en el Distrito Federal y otra en Chihuahua donde se enseña a estas personas al manejo del viejo. No son enfermeras, la enfermera tiene otro valor (la enfermera geriátrica debe tener un entrenamiento especial), desde querer al viejo hasta saberlo mover es importante y no podemos prescindir de ella). La gericultista va a aprender a integrar al viejo en la sociedad, a prepararle los alimentos, como reeducarlo a que se bañe, a moverlo y va a adquirir una función fina y especial que es la de integrar un club de viejos, esto quizá a la larga va a ser una de las medidas preventivas mejores para evitar todos los procesos, pues no solamente patológicos sino también psicológicos o neurosiquiátricos que a veces presenta el viejo. Quizá la Dra. Serrano me pueda aclarar cuál sería

el nombre de esta situación.

Coordinador Sí, quiero nada más completar esto que la geriatría no solamente se va a encargar de los problemas de las enfermedades del viejo y la conservación de la salud, sino que tiene de los sociales y asistenciales, entonces consideremos ya la geriatría como un problema biomédico social. Bueno, entonces ya entraremos ahora a la medicina preventiva del viejo, sin embargo, antes de entrar en detalles de enfermedades o de alguna situación específica, considero que hay cosas de tipo general que no solamente van a ser útiles para el viejo sino para toda la comunidad y para la humanidad entera y para conservar la salud. Me voy a referir ahora a la utilidad del ejercicio físico, a la sociabilidad, al tabaquismo, al alcoholismo y a la nutrición, como factores ambientales y situaciones de mucha importancia y su efecto nocivo sobre la salud del viejo.

Coordinador Dr. Pichardo, ¿quiere darnos alguna información sobre alimentación, dietas, cuidados y algunas observaciones que usted considere pertinentes al respecto?

Dr. Pichardo Una pregunta interesante. La alimentación en el viejo presenta aspectos importantes, ya que sufre modificaciones por diversos aspectos; como ejemplo, un viejo sano tendrá una alimentación diferente a la de un diabético. También

se relaciona al estado de la dentadura o de la prótesis que utilice al anciano. (mencioné antes la importancia del odontólogo dentro del equipo de salud para la atención integral del viejo).

La alimentación del viejo sufre modificaciones importantes por el estado de su dentadura, el cambio de sus gustos, su situación económica, su capacidad de desplazarse y la facilidad de obtener alimentos. Además se atrofian las papilas gustativas, se pierden el olfato, oído y vista que influyen en el apetito. El tabaquismo es muy nocivo para el viejo, va a aumentar la insuficiencia arterial y exacerbar su patología respiratoria. El cambio la ingestión de un aperitivo puede mejorar su apetito y nutrición. Son muy importantes las condiciones sociales y ambientales para el bienestar del viejo. La situación puede variar desde que la persona de edad avanzada se la autoridad hasta que se le abandone y se le recluya en un asilo

También se modifican sus gustos y presenta determinadas predilecciones por algún tipo de alimento, generalmente ligado al estado de la dentadura; (deja de comer carne por no poder masticarla), condicionando en ocasiones verdaderos estados desnutricionales. También las modificaciones de la alimentación se relacionan al aspecto económico, ya que al carecer de dinero, el viejo adquirirá alimentos baratos con pobre aporte nutritivo.

Un aspecto que no debe olvidarse, es la capacidad física del sujeto y sus posibilidades para desplazarse y en esa forma poder obtener los alimentos. (tomenos por ejemplo un inválido que forzosamente depende la silla de ruedas para trasladarse, no podrá obtener los alimentos, o bien otro tipo de sujeto con artritis reumatoidea, que a pesar de contar con medio económicos no podrá por sí mismo comer, ya que la deformidad articular se lo impedirá)

Otro aspecto importante es la facilidad para la obtención de alimentos procesados (enlatados, embutidos, etc.), en comparación con la obtención de alimentos frescos, lo que condicionará vicios alimenticios que inclusive pueden ser nocivos por la gran ingestión de sodio, o por falta de aporte de nutrientes. Por lo anterior es imperativo que el anciano reciba una alimentación variada, atractiva, de preferencia con alimentos frescos, adaptada a sus posibilidades y necesidades.

Los cuidados en la preparación de alimentos deben estar relacionados a las necesidades del viejo, pero no por el simple hecho de ser anciano se le deberán administrar papillas, si las necesita, se le administrarán adecuadamente y en forma muy atractiva. Recordar que al viejo sólo le queda el último placer que es la comida, que lo disfrute adecuadamente.

Coordinador Para profundizar esto: ¿hay algunas condiciones anatómicas del gusto que pudieran explicar por qué el viejo empieza a preferir unos alimentos y despreciar otros?

Dr. Pichardo Si hay explicación anatómica, con el proceso del envejecimiento se atrofian las papillas gustativas, pero no sólo esto interviene en la pérdida del gusto, ya que también se pierden el olfato, el oído y la vista que intervienen directamente en la integración del



gusto y del apetito, por tal motivo en la vejez se prefieren los alimentos muy condimentados o muy vistosos y al mismo tiempo condiciona que tengan predilecciones por un sólo tipo de alimento.

También es interesante recordar que hay otros factores que influyen en los trastornos nutricionales de los viejos, como el envejecimiento del aparato digestivo y la disminución de las necesidades metabólicas de los mismos.

Coordinador Yo voy a hablar sobre dos situaciones más. Una es respecto al tabaquismo y otra al alcoholismo. El tabaquismo lo considero de una gran agresividad y sumamente nocivo para el viejo. Todos aceptan el efecto dañino del tabaco, tiene efecto nocivo sobre el corazón. También el viejo como parte habitual del proceso de envejecimiento padece una insuficiencia arterial sobre todo a miembros pélvicos. El efecto vasconstrictor del tabaco, por lo tanto va a acentuar la insuficiencia arterial. El viejo tiene alteraciones en su sistema respiratorio entonces esto va a exacerbar su patología respiratoria. El médico debe ser de lo más rígido y no permitir, a los viejos que fumen. El descontinuar el tabaquismo es de una gran utilidad. Respecto al alcoholismo considero que si el alcohol se ingiere en forma moderada puede ser útil para el anciano siempre y cuando la ingesta sea moderada, no se

comparan los efectos nocivos del tabaquismo con tomarse una copa.

Dr. Pichardo Yo estoy de acuerdo en esta última opinión, inclusive en relación al aspecto nutricional, muchas veces es conveniente recomendarle al viejo que se tome un aperitivo porque ésto le va a despertar apetito y entonces va a comer con más gusto pero siempre y cuando no sobrepase de una copa.

Coordinador Doctora Serrano, al principio hablé sobre las medidas generales de prevención de la salud y de sociabilidad, no se si esté correcta esta palabra, con ésto me refiere a la comunicación del viejo.

Dra. Serrano A mí me parece muy oportuna su pregunta sobre todo sí se trata de las condiciones sociales. Creo que más que sociabilidad, podemos hablar de las condiciones sociales y ambientales del viejo. Claro este es un tema que el sociólogo geriatra conoce, y en el que se ha ahondado dentro de los aspectos de la geriatría a nivel de un abordaje de los diferentes estratos sociales, porque no podemos esperar la misma situación, ni la misma condición para el viejo que vive en un ambiente donde hay todas las posibilidades, todos los elementos, a el viejo que se encuentra en una situación de carencia de falta de lo elemental o de miseria. Sin embargo, tengo la impresión porque a este respecto se han hecho estudios muy serios en nuestro país de que parece que el viejo dentro de un estrato de clase media es el que está en mejores condiciones, aunque debo de comentar con usted lo siguiente; la condición socioeconómica o cultural no es la determinante de como está vigilado, cuidado y como podemos nosotros ubicar dentro de una condición útil o positiva al viejo. Pero si lo importante es, y ésto depende estrictamente de esa fuente básica de la sociedad que es la familia, el como está ubicado. Si el viejo está en medio de una familia en la cual no hay un aflojamiento emocional, hay efecto y respeto, corresponda al estrato que corresponda, o sea de un alto en donde hay todo o un bajo o de la clase media, el viejo va a estar bien vigilado siempre que se conserve la estructura y roles de la familia. Esto es lo que nos hace ver qué, en los estratos modestos, y en los que se ha

conservado en forma tradicional la unión familiar el viejo está mejor cuidado. Porque en alto estrato pues como que el viejo a veces pasa más bien a ser un “enfermo”, o una carga para la familia y se trata de llevarlo a un asilo o a un lugar donde no va a ser realmente vigilado ni a tener el afecto, ni el cuidado familiar, etc. Claro que en ésto cuento mucho la tradición, el aspecto cultural de un país, sabemos por ejemplo en algunos países en donde el viejo es representativo de la autoridad máxima de una familia, en donde no es precisamente la familia conyugal la que está predominado sino se amplía el círculo, alrededor de un viejo o de un jerarca, pudiéramos decir que está estructurada en tres diferentes generaciones. En nuestro país creo que no es lo tradicional pero si vemos como aún hay familias que cuidan de sus viejos. En el caso opuesto, vemos que al viejo se le abandona, si hay grandes posibilidades, se les lleva a un asilo, etc. Existen algunos países con una tradición en este sentido. Por ejemplo, recordemos el pueblo español para quien es muy importante, y ellos lo dicen, que “si no tienen un viejo en casa lo buscan o lo adoptan.” En México creo que no hemos llegado a estos extremos porque cuando tenemos a un viejo en la familia casi siempre lo cuidamos y lo queremos. Podemos recordar también lo que sucede con los pueblos orientales, los japoneses, los chinos, en donde el padre, el viejo, el abuelo es la máxima autoridad, el que decide el que gobierna sobre toda la familia.

Hay pueblos en donde todavía se conservan estas cosas y otros en donde al viejo se le abandona, entonces ante esta situación pues si podemos circunscribirnos a lo que pasa en nuestro país. En donde dadas las condiciones culturales, sociales y familiares sobre todo estas últimas se adopta una actitud representativa de lo social y cultural.

Coordinador Coincido en lo que usted ha dicho sobre que el aislamiento en sí es una situación muy deteriorante para el

El aislamiento es muy deteriorante para el viejo y conviene que tenga una convivencia satisfactoria. Las deficiencias que va presentando lo limitan y retraen. Los clubs o grupos de viejos ofrece

grandes posibilidades de rehabilitación. No hay que tratar a estos pacientes con sentido paternalista sino que hay que comprometerlos en decisiones familiares y de todo tipo. En los países industrializados participan en el gobierno de los asilos. El viejo está expuesto a fracturas de cuerpos vertebrales, distal de antebrazo, y tercio proximal de fémur, en todos estos casos el mecanismo es a menor resistencia del hueso por osteoporosis. La fractura de cadera es más frecuente en la mujer, el tratamiento de estos padecimientos reviste características especiales en estos pacientes.

das familiares están determinadas por los déficits a los que se enfrenta el viejo. Ya el Dr. Pichardo nos comentaba algo al respecto y usted mismo lo señalaba en relación a las deficiencias que funcionalmente y en forma normal el viejo va presentando, que nosotros en psiquiatría y los neurólogos utilizan mucho el término de la desaferentación. El hecho de que el viejo vaya presentando ciertas fallas normales en cuanto a su-senso percepción, la vista, el oído, el tacto, el gusto, etc. Sabemos que desde el punto de vista biológico es totalmente normal aunque es limitante en las actividades del viejo dentro de su núcleo familiar o dentro de su ubicación social, etc. Esto le causa un retraimiento al sentirse impotente de manejar ciertos estímulos, ésto lo va aislando un poco y va permitiendo que se aleje de su familia, pero ésto no es el sólo hecho sino el viejo al sentirse un poco desplazado, ha perdido un poco la autoridad, los hijos ya no dependen económicamente ni emocionalmente de él etc., ésto va haciendo que se aisle, se vuelva solitario y pierda incluso la autoridad en el hogar, y además lo va deprimiendo. Esto realmente es una situación que a veces sí lo ubica dentro de los aspectos de la psicopatología que muchas veces el concurso del psiquiatra o del terapeuta me parece que debe de ser importante y muy participativa en cuanto al manejo

viejo y ahora tendremos que buscar todas las fórmulas para que el viejo tenga una convivencia lo más satisfactoria. ¿Es así? Este aislamiento ha provocado cuadros que requieren a veces ayuda psiquiátrica. ¿Dra. Serrano?

Dra. Serrano Si tenemos en cuenta que independientemente de las situaciones sociales, muchas veces estas vi-

del viejo. Ese déficit orgánico y funcional normal, evidentemente a veces no lo comprende la gente que rodea al viejo o por la familia, cosa que influye enormemente para que se vaya alejando ya que él mismo se percibe como una gente incapaz, impotente y aislada y va perdiendo el contacto con sus seres queridos, con el medio ambiente. Aunque muchos viejos hacen lo posible por conservar el contacto con las amistades, sus conocidos, a mí me parece que esta idea emitida por el Dr. Pichardo en relación a crear clubs o grupos de viejos es desde el punto de vista de la rehabilitación un elemento estupendo y una gran posibilidad para la rehabilitación del viejo.

Coordinador Dra. Serrano, usted considera que al viejo no hay que tratarlo con un sentido paternalista o de caridad, sino que lo llevemos a comprometerlo y que además participe en decisiones familiares y de todo tipo, porque en general el viejo ya no tiene más decisiones que tomar.

Dra. Serrano Naturalmente, pienso en estas posibilidades y creo que mientras que el viejo pueda comunicarse y convivir, desde el punto de vista biológico y de pensamiento, no hay que segregarlo; o en ninguna forma no sólo se le debe de hacer participe sino estimularlo, introducirlo y hacerlo participe en lo cotidiano. Creo que lo que sucede es que a veces los familiares se desesperan un poco ante la pérdida de la objetividad de pensamiento del viejo, lo catalogan como que está "chocheando" como en forma peyorativa y piensan que no deben participar en determinadas cosas. Yo pienso que eso no es estimulante y por otro lado participar en su rehabilitación, el cooperar en toma de decisiones se deberá aprovechar, además del aspecto creativo la capacidad y experiencia que el viejo demuestre, cosa que no puede valorarse algunas veces dada la segregación. Si además está viviendo su vejez, como un problema o un defecto o como un demérito de su existencia, ahí es donde se inicia el error, pero el estímulo, del grupo familiar, el permitirle y motivarlo a que haga cosas a que participe y sea creativo, me parece será sumamente importante para la rehabilitación del viejo.

Dra. Serrano Considero que es muy impor-

tante que al viejo se le estimule y casi se le obligue a que participe, lo que es motivador. Pero creo también que el mantener su vida dentro del medio acostumbrado es bueno, y útil. Se ha observado que cuando al viejo se le sustrae de su medio ambiente el ajuste trasplante a otro lugar es un tanto difícil para él. Entonces el mantener su medio acostumbrado es bueno, claro que esto va hablar en favor de su adaptación, pero si la participación y evidentemente y el aprovechar su experiencia a mí me parece que es del primer orden.

Coordinador Una de las cosas que ya hemos señalado son los accidentes. Le voy a preguntar al Dr. Bravo que nos hable respecto a esto.

Dr. Bravo Tomando en consideración que en el viejo se le pueden presentar alteraciones orgánicas que afectan el equilibrio, la marcha y la estabilidad, como pueden ser por ejemplo; problemas vestibulares, arterioesclerosis con insuficiencia vascular cerebral, debilidad de ligamentos y disminución de las fuerzas musculares, así como enfermedad articular degenerativa, todos estos elementos hacen que el viejo con frecuencia sufra caídas y que le ocasionen fracturas óseas.

Coordinador Dr. Bravo, usted nos habló de las fracturas, ¿quisiera explicarnos cuáles son las más frecuentes, qué variedad existe y cuáles son sus mecanismos?.

Dr. Bravo Las fracturas más frecuentes en el viejo son las de cuerpos vertebrales a nivel de tronco; en miembros torácicos: la fractura distal de antebrazo (colles), y la de cuello del húmero; en miembros pélvicos la fractura más frecuente es la de tercio proximal de fémur, ya sean de cuello de este hueso o la trans-troantérea.

El mecanismo es, que tomando en cuenta la osteoporosis senil, la constitución del hueso es menos resistente.

En fracturas de cuerpos vertebrales el mecanismo es por aplastamiento (tensión en el hueso), lo que provoca una platispondilia que por mecanismos muy leves como es el bajar un escalón; sufrir un sentón aplasta el cuerpo vertebral.

En miembros torácicos la fractura es el resbalar el viejo apoya el miembro torácico por

la palma de la mano y provoca fractura de (colles) o de tercio distal de antebrazo.

Las fracturas de húmero son ocasionadas por violencia directa o indirecta aplicada al hueso y pueden acompañarse de luxación o de avulsión de fragmentos óseos, (troquíter o troquín), por lo general en el viejo estas fracturas quedan impactadas. Las fracturas de fémur tercio proximal (cuello de fémur o trocantereanas), son por lo general resultado de acciones de rotación forzada externa, pero como producto de mínima violencia, se presentan en ocasiones con un simple resbalón a nivel del piso.

De todas las fracturas en el viejo, las de cadera son las más graves.

Coordinador Dr. Bravo, ¿existe algún predominio de sexo para las fracturas de cadera, usted señaló que eran muy frecuentes?

Dr. Bravo Son más frecuentes en una relación de 3 a 1 en la mujer las fracturas de cadera ocasionado por diversas causas. Esta relación se duplica cada 5 años a partir de los 60 años presentándose en una de cada mil mujeres después de los 70 años.

Coordinador ¿Cuáles son estas causas?

Dr. Bravo Las causan son: por presentar una pelvis más ancha con tendencia a la coxa vara, alteraciones hormonales postmenopáusicas y una sobrevivida más prolongada en la mujer que en el hombre.

Coordinador Dr. Bravo, ¿qué tratamiento prefiere usted, tratándose de viejos, el médico o el quirúrgico?.

Dr. Bravo El tratamiento debe de individualizarse de acuerdo al caso; pero en el viejo específicamente se pueden asentar una serie de normas de conducta.

En las fracturas de cuerpos vertebrales el tratamiento debe ser médico-ortopédico conservador a base de reposo, analgésicos en la fase aguda y posteriormente rehabilitación y uso de corset; el tratamiento quirúrgico sólo está indicado en caso de proceso compresivo neurológico lo cual es poco frecuente.

Las fracturas de miembro torácico (hombro y muñeca) deben de tratarse definitivamente en forma conservadora; reducción por maniobras externas, colocación de aparatos

de contención externa, yeso en muñeca de tipo braquiopalmar o antebraquiopalmar de acuerdo a la estabilidad de la fractura; en el hombro vendaje de velpeau o de otro tipo que evite rotación del hombro. La inmovilización en el viejo debe ser por un mínimo de tiempo para evitar rigidez posterior (8 semanas para muñeca y 4 semanas para hombro), después es básico instituir una rehabilitación intensiva.

Las fracturas de cadera tienen características especiales, se dividen en fracturas de cuello de fémur o intracapsulares y fracturas trocántereas o extracapsulares; las primeras cursan con gran frecuencia con pseudoartrosis y/o necrosis aséptica de la cabeza del fémur. Ambas son motivo de gran incapacidad y peligro para el paciente, por lo que se debe instituir, salvo casos especiales, tratamiento quirúrgico.

En nuestra experiencia el viejo que sufre fractura de cadera y no se interviene quirúrgicamente tiene un alto riesgo de mortalidad por la serie de complicaciones que presenta, como son: neumonía hipostática, úlceras por presión (escaras), trombosis arterial y venosa, infección urinaria por estasis, etc. Todo lo anterior condicionado por la inmovilidad, por lo que debemos considerar en el viejo a la inmovilidad como un signo patológico que debe evitarse.

El tratamiento quirúrgico de elección para nosotros es el de efectuar tanto en las fracturas de cuello como trocántereas, artroplastia parcial cementada, (prótesis de Moore o de Thompson + polimetilmetacrilato), lo que permite en el viejo, una rápida recuperación orgánica-funcional, con deambulación precoz (en los tres primeros días de postoperatorio), evitando el reposo prolongado.

Coordinador Dr. Bravo, ¿sobre las enfermedades de aparato locomotor qué otros padecimientos son frecuentes?

guientes: enfermedad articular degenerativa, reumatismo extraarticular, polimialgia reumática y osteoporosis; no olvidar tumores óseos primarios o metastásicos.

Los padecimientos antes mencionados se caracterizan por dolor, limitación de movilidad e incapacidad funcional, lo que en el viejo es causa de gran incapacidad.

Coordinador Dr. Bravo, ¿qué propone usted para tratamiento y prevención de enfermedad articular degenerativa?

Dr. Bravo El tratamiento de la enfermedad articular degenerativa en el viejo debe encaminarse a quitar el dolor, restituir movilidad y función; en fases iniciales del padecimiento se instituye tratamiento a base de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, medicina física y medidas preventivas de agravación como pueden ser el evitar obesidad, ejercicios o esfuerzos violentos, fortalecimiento de grupos musculares, gimnasia, etc.

En múltiples ocasiones el tratamiento definitivo es quirúrgico cuando la degeneración articular avanza y las técnicas que pueden ser utilizadas son artrodesis. (Fijación quirúrgica de una articulación) en tobillos, columna lumbar, o cervical; osteotomías de dirección correctoras en rodillas (geno varo o geno valgo), en caderas; prótesis parciales o totales para atroplástias en cadera, rodilla.

Coordinador Otra pregunta para el Dr. Bravo es la prevención de osteoporosis y cuáles son las medidas que se consideran pertinentes.

Dr. Bravo La osteoporosis definida como la disminución de masa ósea por unidad de volumen del hueso, considerado como órgano; padecimiento común en el viejo debe ser

son causa de gran incapacidad. La osteoporosis debe ser diagnosticada, prevenida y tratada. El paciente viejo requiere ayuda en su domicilio, la calle, los transportes y hospitales. Los mecanismos más frecuentes de trauma para estos pacientes son el resbalar, tropezar y ser arrollado por otras personas o vehículos. En padecimientos cardiovasculares, el integrar a los enfermos en programas de rehabilitación y eliminar los factores de riesgo logra detener o reducir el proceso. Las enfermedades vasculares cerebrales pueden beneficiarse de la medida de prevención secundaria consistente en palpar las arterias del cuello y observación del fondo del ojo.

padecimientos comunes del músculo esquelético en los viejos son: enfermedad articular degenerativa, reumatismo extraarticular, osteoporosis y tumores óseos primarios y metastásicos. Todos ellos

Dr. Bravo Como padecimientos no propios sino comunes al viejo en músculo esquelético encontramos los si-

diagnosticado, prevenido y tratado.

Recordar que la osteoporosis que conduce a un aumento de la fragilidad ósea es causa en el viejo de fracturas en cadera, muñeca, húmero y cuerpos vertebrales debidas a traumas menores.

El diagnóstico debe efectuarse basado en clínica y radiología; evitar diagnóstico radiológico basado en técnica radiológica deficiente lo cual es muy común en nuestro medio.

La prevención de osteoporosis incluye el tratamiento de algunos padecimientos endocrinos, nutrición adecuada, evitar alteraciones hormonales y uso inadecuado de corticosteroides, además la actividad física constante en el viejo dará una mejor condición general.

El tratamiento del padecimiento en sí todavía no es definitivo a la luz de los conocimientos médicos actuales; se puede decir lo que está en fase de experimentación, se utilizan varios agentes por tiempos prolongados; fluoruro de sodio a dosis de 50 mg por día, carbonato de calcio un gramo por día, 25 días de cada mes, calcitonina dos unidades por Kg de peso cada 12 horas por un mes. Solo tendremos resultados positivos en tiempos muy largos de tratamiento.

Coordinador Desde el punto de vista musculoesquelético, ¿cómo debe ayudarse al paciente viejo, ya puede ser en su domicilio, en la calle, en los transportes y en los hospitales?

En general, se ayudará al viejo protegiéndolo por diferentes medios, de acuerdo al sitio en que se desempeñe. Las medidas útiles son: iluminación suficiente, evitar sonidos intensos, disponibilidad de sitios de aseo (baños, lavabos, escusados), a alturas accesibles con barras para que el viejo se detenga, con banquetas de altura adecuada, paso de peatones preferencial a viejos, transportes con atención para él, centros de recreación y deporte que pueda practicar.

En su domicilio y en general mobiliario (camas, sillas, mesas) a su medida, evitar tapetes sueltos o animales domésticos no entrenados con los que el viejo tropieza, se resbala y es causa de lesiones.

En hospitales, se deben instituir servicios de

geriatria de tercer nivel como el servicio de geriatría del Hospital General de México, S.S.A., en el que médicos preparados para atender al viejo le darán un mejor y eficaz tratamiento.

La ingeniería biomédica sirve al viejo en el diseño de elementos de ayuda que le permiten ser más independiente, en nuestro país únicamente se necesita que las autoridades pertinentes se entiendan del problema y lo afronten en forma positiva.

Coordinador ¿Cuáles son los mecanismos más frecuentes del trauma?

Dr. Bravo Los mecanismos más frecuentes del trauma varían en el viejo; en el hogar resbalar a nivel del piso (tapetes o alfombras no fijados), animales domésticos con los que tropiezan cambios del mobiliario, sin previo aviso.

En la calle el viejo es fácilmente arrollado por otras personas, por bicicletas, motocicletas, coches o camiones ya que por no ver u oír bien atraviesan en forma imprudente ocasionando múltiples problemas.

En todos los casos es importante recordar que cuando necesita un tratamiento quirúrgico, el rehusarse al viejo sólo le quedará una vida sin horizontes.

Coordinador Dr. Pichardo, usted nos había señalado que una de las enfermedades más frecuentes en el viejo son las enfermedades cardiovasculares, la mayoría son por complicaciones de la arterioesclerosis y la hipertensión arterial. ¿Quisiera decirnos qué medidas se toman para prevenir estas complicaciones?

Dr. Pichardo Anteriormente enuncié que las medidas preventivas se deben aplicar en las personas jóvenes, con prevención primaria, secundaria o terciaria según sea el caso. Sin embargo se ha observado que, en los pacientes con procesos ya establecidos, al integrarlos en programas de rehabilitación cardiovascular (incluyendo la eliminación de todos los factores de riesgo: alcohol, tabaco, sedentarismo, stress, obesidad, etc.); se logra reducir o cuando menos, detener el proceso morboso.

En nuestro servicio en forma "preventiva", enviamos a los viejos con problemas cardiovasculares al programa de rehabilitación cardíaca con el Dr. Sánchez Ortiz.

Quisiera agregar algo relacionado con el al-

cohol como factor de riesgo, en la vejez el alcohol no es malo y resulta estimulante (actúa como vasodilatador y estimulante del apetito), sólo lo prohibiremos cuando el sujeto sea un alcohólico. Del tabaco estamos todos de acuerdo en que sin importar la edad deberá de ser suprimido en forma total. La diabetes mellitus como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular en la senectud se reduce a un buen control de la misma, aplicando lo mismo en relación a la hipertensión arterial y a la ingestión de sal. Estos estados deberán de ser cuidadosamente prevenidos en la juventud.

En relación a la obesidad, ésta deberá de ser controlada en la juventud y no en la senectud, recordemos el hecho de que vive más el viejo gordo que el viejo flaco.

Coordinador Dr. Pichardo, una de las complicaciones y secuelas muy serias de las enfermedades vasculares es la enfermedad vascular cerebral, ¿específicamente hay alguna medida para prevenir este accidente? Este cuadro se va a presentar con más frecuencia para un sujeto en especial.

Dr. Pichardo Sí creo que hay una medida preventiva de las enfermedades vasculares cerebrales, y es prevenir la aterosclerosis en la juventud, no fumando, no tomando alcohol, sin stress, hacer ejercicio, etc, etc. Sin embargo, en el viejo una forma de prevención secundaria será palpar las arterias del cuello, y observar el fondo del ojo, con estos dos elementos podremos “prevenir” en alguna forma los accidentes cerebrales vasculares. En relación al tipo de sujeto de mayor riesgo, diré que son los sujetos hipertensos, diabéticos y cardiopatas, sedentarios, los que utilizan diureticos y los poliglobúlicos.

Coordinador ¿Y el fondo de ojo es una buena medida para pronosticar enfermedad vascular cerebral?

Dr. Pichardo Bueno, aquí hay una discusión; cuando nosotros estamos en el curso de cardiología les insistimos a los muchachos sobre el fondo de ojo, ellos al mismo tiempo llevan un curso de oftalmología en donde los maestros les dicen que el fondo de ojo no sirve para nada. Yo creo que el oftalmólogo se concreta nada más a ver el ojo y se olvida del resto del



organismo. Siempre creo que sí el ojo nos puede orientar, quizá no para saber si hay una enfermedad vascular cerebral, claro en un paciente hipertensivo, no vamos a ver pronto los cambios, sino más bien las enfermedades que van a atacar el árbol vascular, la diabetes y la hipertensión arterial. Sabemos que estas dos entidades son las que con máyor frecuencia llevan a los problemas vasculares cerebrales, nos podrían servir como guía para saber qué tan dañado está el árbol vascular.

Coordinador En general se acepta que si un fondo de ojo que se acerca más a la normalidad, las posibilidades de una enfermedad vascular disminuyen. Vamos a continuar, ya se habló de la enfermedad vascular cerebral, ahora lo que nos va a tocar ver va a ser la secuela, estas secuelas son las hemiplejias, las monoparesias, etc.

Coordinador Dra. Serrano, volviendo nuevamente sobre el aislamiento o soledad parece que esto tiene que ver con situaciones que pueden ser el principio de una depresión, se puede explicar el

Todos, en algún momento de la vida caemos en depresión y el viejo no se escapa de ésta situación, pero no forzosamente va a caer en ella. Los factores ambientales, culturales, familiares y de ocupación pueden evitarlo. Esta depresión se puede presentar en ambos sexos, en ocasiones es poco perceptible y puede llevarlo al



suicidio. Los cuadros psicóticos más frecuentes en el viejo son cinco: estados delirantes con alucinaciones, los estados paranoides, psicosis maniaco depresivas, la enfermedad de Ahelzhaimer y la esquizofrenia. El encargado de la salud del viejo es el gerontólogo que aplicará las medidas de medicina preventiva. En algunos casos, crónicos, incurables de todos nuestros esfuerzos serán desgraciadamente inútiles.

los aspectos que ya comentábamos hace un momento en relación a las condiciones familiares, sociales o culturales en que vive. Nosotros hablábamos por ejemplo que el viejo muchas veces a través de su proceso de envejecimiento no ha hecho sino desde el punto de vista funcional, acentuar algunos aspectos a nivel caracterológico y de personalidad. Tenemos la idea o ese es el concepto general, de que se rigidiza su carácter, que viene siendo casi la presentación de una caricatura. Es decir, si un viejo fue alegre en su juventud y en su adultez, o fue adusto o bonachón, etc., en la vejez estos rasgos van a persistir. Muy bien pudiéramos nosotros aceptar tal cual las cosas pero no son tan estrictamente exactas, lo que sucede es

concepto de depresión y su repercusión en la situación general.

Dra. Serrano Todos en algún momento de nuestra vida somos protagonistas de una depresión, por qué no pensar que el viejo también puede presentarla, sobre todo tomando en cuenta

que su carácter se acentúa en algunos rasgos. Así si una persona ha sido seca, retraída, introvertida, como, que en la vejez los rasgos van a ser más notables, aunque lógicamente una persona con este tipo de carácter será una persona que tienda a la retracción, al aislamiento, como lo mencionábamos y posiblemente si los patrones socioculturales y ambientales lo están orillando hacia la acentuación de estas cosas, y puede llegar en un momento dado a presentar tal aislamiento, tal soledad, tal tristeza, que podemos encontrar dentro de una depresión reactiva, como anteriormente se le llamaba y que ahora corresponde a las depresiones menores. Esto no quiere decir que todos los viejos forzosamente deben de caer en depresión. Ya mencionábamos como los factores ambientales, los culturales, familiares, a veces de ocupación inclusive que el viejo puede estar utilizando, o estar haciendo cosas productivas, útiles y satisfactorias para él, pueden sustraerlo de ese tipo de cosas. Sin embargo, si el viejo está sumido en un poco de desorganización familiar, faltan los lazos de afecto o está viudo si se deprimirá, sea del sexo masculino o femenino. Ante estas condiciones podríamos a veces confrontar una depresión reactiva en el viejo que a veces pasa desapercibida, porque en el viejo tiene una presentación un poco atípica. Nos hemos acostumbrado a que el esta un poquito aislado, que se pone a ver su televisión, que se duerme o que está un poco pensativo. ¿Cómo la vamos a detectar nosotros? Observando que se pone triste, que está más abstraído, que se retrae, que no participa, que no come con los demás, o sin apetito, que abandona un poco los alimentos, que está un poco nervioso, que se desinteresa por las noticias, por las cosas externa, que presenta insomnio, etc.

El hecho de que nos hayamos acostumbrado a que este retractive, no quiere decir que el viejo no pueda estar deprimido en un momento dado. Hay aspectos que a veces son más profundos y que esa depresión puede ser generalmente más severa de lo que hemos estado pensando. Muchas veces si el viejo no es atendido, estimulado, motivado y además se siente inservible e inútil, esto puede hacerle desear una

muerte próxima o verdaderamente hacerlo pensar en un suicidio. Esto creo que es un aspecto, que debemos de recordar.

Coordinador Dra. Serrano, creo que usted tocó un aspecto muy interesante respecto a la depresión. Una depresión muy marcada puede llevar al suicidio, entonces cuál sería la medida preventiva para evitar esta posibilidad, ¿existen en el viejo algunos signos de alarma? Algunas recomendaciones para el clínico que está cerca del viejo deprimido y pueda ayudarlo.

Dra. Serrano Sí doctor, es más, es tan importante esto que muchas veces ha sido verdaderamente asombroso e inesperado que acontezca esto. Para el clínico, para el internista, debe de ser muy importante que mientras el viejo esté tan deprimido que no tenga ánimos de hacer ciertas cosas, ayudarlo a salir de su depresión es lo prioritario, pero el hecho que él empiece a sentirse con fuerza y con ánimo nos debe poner alerta en cuanto a que si no ha hablado de un suicidio o ha hecho entrever que está sumamente desencantado o que la familia lo ha abandonado, etc., la relación con su viejo, con su enfermo, debe poner alerta al internista en el sentido de que a veces la depresión es oculta e intensa y que puede estar rumiando ciertas ideas en relación a un suicidio próximo sin dar a entender nada. Sin embargo, en cuanto el viejo empieza a sentir un poco de fuerza y es posible que lleve a cabo el suicidio, porque cuando la depresión es tan intensa no tiene el paciente ni siquiera deseos de hacerlo, pero cuando mejora es cuando en ese debemos de estar muy alertas, sobre todo ayudarlo y/o buscar la ayuda del psiquiatra.

Coordinador Una pregunta más. Nosotros hemos visto que en el viejo existen cuadros psicóticos y muchos de ellos obedecen a enfermedades orgánicas localizados en el sistema nervioso. ¿Podría decirme cuáles son?

Dra. Serrano Desde el punto de vista psiquiátrico, se observan cinco entidades y que

son las más frecuentes. Algo que es muy común encontrar son los estados delirantes del viejo que posiblemente tienen relación con aspectos de tipo vascular cerebral, se acompañan de ciertos aspectos alucinatorios de tipo visual y auditivo; los estados paranoides también son muy frecuentes. Existen otras formas de psicosis que con menor frecuencia observamos. Hay ciertos aspectos de la psicosis maníacas o depresivas que si las vemos en una fase o en otra. Debemos mencionar la enfermedad de Alzheimer.

Esta es una fase de manía que presenta con mucha frecuencia el viejo. Algunas formas de esquizofrenia también se presentan sin que esto no quiera decir que reconozcamos también las otras psicosis y además las de tipo orgánico o metabólico que ustedes también ya conocen. Son las más frecuentes.

Coordinador Ya para finalizar, las conclusiones que puede hacer a esta reunión. ¿No existen gerontoprofilácticos? Estos anteriormente se conocían como elixires de la juventud. El que se va a encargar de la conservación de la salud del viejo, va a ser el gerontólogo dentro de un marco biomédico social y que va a tratar de mantener a la población en las condiciones más óptimas, aplicando las medidas que marca la medicina preventiva y que deben aplicarse desde el momento que se procrea, se nace y se vive. Considero que en esta presentación faltan algunas cosas por tratar para conservar la salud ya sea en la forma más selectiva para un aparato o sistema, pero considero que estos lineamientos generales puedan ser útiles para el médico, a los grupos paramédicos y es posible que si esto llega a la colectividad, pues que sean aprovechados. También nosotros sabemos que en algunos casos de pacientes, no solamente va a ser el viejo necesariamente, encontraremos con casos crónicos, incurables y que por el momento todos nuestros esfuerzos van a ser inútiles para estos pacientes. □

