

GERIATRIA NATURISTA



AUTOR DR. ILDEFONSO COBO JIMÉNEZ

DEPÓSITO LEGAL: MA, 00585-2008

IBSN: 200899900519835

SEGUNDA EDICIÓN AMPLIADA Y CORREGIDA

GERIATRIA

INDICE

Prologo.- Conceptos y generalidades

Capítulo I° Esperanza de vida en España.

Capítulo II° Asistencia Geriátrica Sanitaria Hospitalaria.

Capítulo III° Envejecimiento. Teorías.

Capítulo IV° Capacidad de Diagnóstico y Terapéutico.

Capítulo V° Situaciones Clínicas “Delirium”

Capítulo VI° Estados depresivos.

Capítulo VII° Caídas.

Capítulo VIII° Úlceras por presión.

Capítulo IX° Incontinencia urinaria.

Capítulo X° Trastornos del sueño.

Capítulo XI° Ética general.

Capítulo XII° Eutanasia.

Conclusión.- reflexiones sobre el libro que hemos leído.

Tratado de Geriatria basado en comparaciones de vida normal y vida sana naturista.

SOLICITUD GRATUITA: www.icicma.com (Biblioteca digital)

Edita en la Web.

Clínica Cauce.

C/ Cauce 4. 1º Izq.

29620 Torremolinos (Málaga)

Tefº/Fax: 952 37 10 15

Divulgación Gratuita w w w.clinicacauce.com, o www.127.es

Autor:

Ildefonso Cobo Jiménez

Licenciado y Doctorado en Medicina y Cirugía,

Además de ser Licenciado en Psicología y

Doctorado en Filosofía hindú.

Maquetación:

Fca. Recuerda

Solicitud del libro Gratuitamente, en Internet:

www.clinicacauce.com.o www.127.es.

Deposito Legal MA-00585-2008 / ISBN:200899900519835



AUTOR

Actualmente tiene 68 años y más de la mitad de su vida la dedicó a la atención médica. Ildefonso Cobo Jiménez, Médico, Licenciado y Doctorado en medicina general, especialista en alimentación y salud. Profesor de medicina biológica y otras materias universitarias. Dr, en Filosofía hindú Sanitaria y la enseñanza de la misma.

Sabe de las virtudes que tiene el vegetarianismo integral para con la salud de las personas. Es vegetariano puro hace unos 36 años y tiene la experiencia en su propia vida de las buenas cualidades que tiene el vegetarianismo; respeta todas las tendencias alimentarias está convencido en su propia experiencia que como un vegetarianismo puro no hay nada para tener una buena salud; de esta forma él siempre dice que para predicar lo primero que hay que hacer es dar ejemplo y así lo hace habiendo creado una filosofía de vida naturista que no impone a nadie pero que él la lleva a rajatabla, nos dice que todo no es la alimentación, que ella, es una parte importante de nuestra vida y salud, pero que además las personas tienen que tener unos principios éticos en todos sus comportamientos que le harán conquistar esa salud integral que todos deseamos tener a cualquier precio, pero la salud no puede ser comprada, ya que es consecuencia de nuestro comportamiento con: nosotros mismos y con los demás, es como la cosecha que recogemos de nuestro caminar en la vida, la enfermedad es un camino válido para aprender de nuestros propios errores.

Por eso aprovechemos la enfermedad para elevar nuestro espíritu y liberarnos de las ataduras egoicas que son la mayor de las veces las culpables de nuestros padecimientos tanto físicos como psíquicos, es por ello, que conquistar una vida longeva depende exclusivamente de nosotros.

PROLOGO

CONCEPTOS Y GENERALIDADES

Se denomina gerontología al estudio del proceso del envejecimiento en todos sus aspectos. Abarca desde investigaciones de biología molecular hasta estudios socioeconómicos, o sobre las consecuencias de la jubilación. El término fue utilizado por primera vez por METCHNIKOFF en 1901 en su libro la naturaleza del hombre: estudios de una filosofía optimista, tal y como se desprende de su propia definición, los estudios gerontológico pueden establecerse desde muy diversos prismas, abarcan diferentes ciencias y, en ese sentido, son interdisciplinales. La edad moderna de los estudios gerontológicos se inicia en EE.UU. en 1941, con el establecimiento de los primeros programas de estudio sobre el envejecimiento de los que fue pionero Nathan SOC. A partir de los años cincuenta del siglo XX, se inicia la época de los estudios longitudinales de los que el de Baltimore fue, no sólo el pionero, sino uno de los más completos. En 1975 se crea, también en EE.UU., el Instituto Nacional del Envejecimiento (National Institute of Aging). En diferentes países europeos, entre los que se encontraba España, se avanza en paralelo, aunque con algo más de retraso, menos intensidad y, como se verá en seguida, tal vez con una orientación más asistencial, más orientada hacia la geriatría. En la actualidad, las investigaciones gerontológicas están consideradas como prioritarias por los organismos oficiales de ayuda a la investigación de numerosos países.

Geriatría es la rama de la medicina que estudia los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales del anciano, en situación de salud o de enfermedad. Incluye aspectos relativos a la mayor parte de las disciplinas clínicas y constituye una parte de la gerontología. Es también una ciencia relativamente joven. En 1909 NASCHER utilizó por primera vez el termino “geriatría”, refiriéndolo aquella parte de la medicina relativa a la vejez y sus enfermedades. Pero, sólo a partir de los últimos treinta años, cuando la Dra. Majorie Warren, en el West Middlesex de Londres, demostró que la asistencia específica a determinados ancianos mejoraba notablemente la morbilidad y mortalidad en muchos de ellos, se puede hablar de nacimiento de la especialidad propiamente dicha. Desde entonces, los hechos se precipitan y en los años cuarenta se establecen, sobre todo en Inglaterra, las bases doctrinales de la moderna medicina geriátrica.

La sociedad Internacional de Gerontología fue fundada en 1950 y celebró su primer congreso en Lieja (Bélgica) en Julio de ese año. España fue uno de los 14 países fundadores. De hecho, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología había nacido en 1948 y es preciso rendir aquí homenaje a nombres como los de Marañón, Vega Díaz, Pañella Casas, Álvarez Sala, Blanco Soler, Grande Covián y sobre todos, Beltrán Báguena, promotor principal y primer presidente de la sociedad.

Las primeras revistas de la especialidad, como el Journal of Gerontology o la revista de la sociedad Americana de Gerontología y geriatría, datan del final de los años cuarenta. Las primeras europeas son de los años cincuenta y la revista oficial de la Sociedad Española, de los primeros años sesenta. En la práctica, el término “geriatria” es el que se ha impuesto a la hora de nombrar oficialmente la especialidad en la mayor parte de los países. De hecho, en España se la reconoce de forma oficial con este nombre desde 1978, año desde que existen especialistas formados según el sistema MIR. Existen muchas razones para entender que el auge que la geriatria está teniendo lugar en todo el mundo durante los últimos años. Entre las más importantes citar las siguientes: a) la presión demográfica. El número de ancianos crece en todos los países desarrollados y los ancianos lo son cada vez con edades más elevadas, con un mejor nivel de salud y cultura, y con una mayor conciencia de sus derechos en este terreno; b) socioeconómicas, derivadas de la trascendencia que las decisiones médicas conllevan en política, en la economía y en lo social. Bastaría recordar el volumen económico que todos los países deben dedicar a pensiones y el derivado del consumo de farmacia, o de la necesidad de aportar recursos sanitarios y sociales a los ancianos incapacitados o con problemas de recuperación, y c) también científicas, en base a la ignorancia existentes entre los médicos cómo se produce el proceso de envejecer y cuáles son las consecuencias clínicas de este proceso. Hay que tener en cuenta que la Gerontología y la Geriatria son materias que han entrado tarde en la Universidad y que, aunque en algunos países, como el Reino Unido, EE.UU., Canadá, Israel y varios más, algunos incluso tan próximos como Italia, forman ya parte de manera sistemática de los planes de estudio de las facultades de medicina, en la mayor parte de los casos con departamento académico y específico, y cátedras consolidadas de la especialidad, en otros, como en el nuestro se hacen estudios no reglados por la facultad de medicina, aunque se están dando pasos interesantes para imponer las cátedras de Geriatria y Gerontología en todas las facultades españolas.

Al identificar la especialidad conviene tener claros algunos conceptos. El primero, que envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien,

habitualmente, la vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos. Además, no siempre está clara la frontera entre los cambios fisiológicos establecidos por el proceso de envejecer, los derivados de la exposición a lo largo de muchos años a agentes como la contaminación, el humo, las dietas inadecuadas, el alcohol, el estrés o la falta de actividad física y lo que son enfermedades propiamente dichas. En segundo término, que un viejo no es estrictamente un adulto mayor; en su camino hacia el envejecimiento se han producido cambios muy importantes en sus órganos y sistemas a nivel morfológico, fisiológico, funcional, psicológico y también social. Cambios que tienen una repercusión directa, como se vera en este tratado, en la valoración semiológica – los síntomas y los signos físicos no se manifiestan de la misma forma ni por las mismas causas que en el adulto joven-, en la fisiopatología de sus enfermedades, en la actitud diagnóstica y en las decisiones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas. Todos éstos son aspectos que ignora habitualmente el clínico porque nunca se le ha enseñado y, sin embargo, tienen una transparencia práctica fundamental. Tampoco el geriatra es exactamente el internista del paciente anciano, aunque asuma ese papel; añade a la visión del internista un conocimiento real de los cambios que el proceso de envejecer ha introducido en el individuo, una mayor experiencia en el manejo específico diagnóstico y terapéutico de los problemas clínicos que plantea el anciano y, tal vez lo más importante, una visión más integral del mismo, que completa aspectos sociales, de capacidad y de comportamiento.

Los ancianos tienen: a) algunas enfermedades específicas de su edad, muy raras o inexistentes en edades anteriores (p. ej., amiloidosis cardiaca, carcinoma prostático, incontinencia urinaria, etc.); b) otras con una incidencia mucho más alta que la que se encuentra en períodos previos de la vida (infecciones, tumores malignos, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, diabetes, vasculopatías periféricas, etc.), facilitadas por los cambios que han ocurrido en su organismo, pero que no se comportan igual que a otras edades; c) las mismas enfermedades que a cualquier otra edad pero con peculiaridades específicas semiológicas, diagnósticas y terapéuticas que es necesario conocer, y d) con mucha más frecuencia compromisos de otros órganos y sistemas en el curso de sus enfermedades y concurrencia de más de un proceso morboso (pluripatología). Además, en mayor medida que en otras edades, hay que tener en cuenta que todos estos procesos vienen modulados por los problemas sociales (económicos, de soledad, de incapacidades, etc.), psicológicos, de comportamiento (actitud ante la vida, deterioro mental,

etc.), y por la mayor necesidad de considerar factores como la rehabilitación, reinserción social, etc.

En resumen, el paciente anciano padece más enfermedades, es mucho más vulnerable a todo tipo de agresión, sus mecanismos de defensas son más limitados, en él es menor la reserva fisiológica, las patologías se imbrican unas sobre otras en mayor medida que en otras edades, se manifiestan, diagnostican y tratan en muchos casos de otra forma, y tienen una mayor implicación social. Todo ello confiere una especificidad al paciente geriátrico que el clínico que atiende ancianos, sea o no geriatra, debe conocer. Obliga a que deba ser contemplado de una manera integral, en la medida de lo posible por un equipo interdisciplinario constituido por médicos técnicos de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, dietistas, rehabilitadores y psicólogos-psicogeriatras.

Existe controversia en tono a la edad a partir de la cual cabe hablar de pacientes geriátricos. De hecho, el factor edad no es el único, ni tal vez el principal, determinante para definir este concepto. También debe tener en cuenta factores como la presencia de pluripatología, de problemas sociales o de comportamiento, o la necesidad de programas de recuperación física, psicológica o social. En todo caso se considera que la jubilación supone un salto cualitativo en todos los órdenes lo suficientemente importante como para tomar dicha edad como punto de referencia, al menos a efectos de estudios epidemiológicos o de investigación clínica o gerontológico, y a la edad de jubilación está en la mayoría de los países de nuestro entorno en los 65 años. En los países del tercer mundo y en algunos estudios epidemiológicos multinacionales no es raro tomar como límite los 60 años. A todo ello tenemos que decir, que últimamente, en algunos países como el nuestro o su entorno, los mayores se suelen encontrar con más salud y lo que se denomina como envejecimiento o tercera edad, suele llegar algunos años más tarde. A ello está contribuyendo la mejor calidad de vida que todos tenemos y en especial los mayores, sin embargo, tenemos en contra, la gran moda de aparcamiento de los mayores en las familias, y ello a veces contribuye en un aislamiento del mayor que hace que psicológicamente se agote y contraiga enfermedades psicofísicas con más frecuencia.

A nuestra forma de ver, ningún mayor quiere vivir lujosamente en una residencia, sino por el contrario, prefiere seguir viviendo en su hogar o con los suyos, lo que no siempre es posible y ello es consecuencia de la vida estresada que ahora todo llevamos y que no se tiene tiempo ni para uno mismo, por lo que se tienen que tomar a veces decisiones dolorosas como la de tener que internar en una residencia a nuestros mayores.

CAPÍTULO I

ESPERANZA DE VIDA EN ESPAÑA

Desde el inicio del siglo XX y ahora después de un siglo, podemos decir sin embargos que la media de vida es muy superior, lo que ha sido posible por una mejor cualificación en todos los órdenes de todos los habitantes del planeta tierra, aunque hay que observar que en muchos países siguen estando con una media de vida muy inferior, lo que significa que son países poco desarrollados y con costumbres poco higiénicas.

Para el análisis de este punto es también necesario aclarar algunos conceptos que no siempre son utilizados con propiedad. En primer lugar el de extensión de vida o expectativa de vida máxima. Se trata del máximo período de tiempo que puede alcanzar la vida de una persona o de un animal. Es diferente para cada especie y se ha mantenido inmutable a lo largo de los tiempos, Siempre, en todos los períodos de la historia y en todas las especies animales, han existido individuos excepcionales que, en una proporción muy minoritaria, han logrado vivir ese período de tiempo. En el caso de la especie humana la esperanza de vida se sitúa en torno a los 115 años, y no hay ningún tipo de evidencia demostrada de nadie que, en ningún lugar del mundo o época de la historia, haya sobrepasado esa edad. Entre 1970 y 1980 se produjeron en España (Instituto Nacional de Estadística) 155 muertes en personas entre 110 y 114 años y ninguna en edades superiores. Buena parte de la investigación gerontológico actual va encaminada a modificar –alargar- esta constante.

El segundo concepto es el de esperanza o expectativa de vida media. Alude el período de tiempo que, con criterios estadísticos, puede previsiblemente vivir un individuo a partir de un momento determinado, bien sea el de su nacimiento o el de una determinada edad. Para establecer esta cifra se toma como base el conjunto de la población utilizando como punto de referencia y se establece el valor medio previsible. Ese concepto es cambiante y de hecho ha tenido modificaciones muy importantes a lo largo de la historia y también en función del referente geográfico. Así, en la Roma del siglo I la esperanza de vida media al nacer superaba ligeramente los 30 años. En la España de principios del siglo XX se situaba en los 35 años, mientras que al final del mismo, al igual que en el resto de los países desarrollados, está entre los 75 y 80 años, y últimamente el índice nos lleva a evaluar la vida media entre los 80 y 90

años, siempre varios años más las mujeres que los hombres, ha este cambio ha contribuido, sobre todo, la reducción de la mortalidad infantil, las mejoras higiénicas y de alimentación y los avances médicos de todo tipo: control de infecciones, anestesia, desarrollo de la cirugía, nuevos fármacos, y sobre todo la concienciación de todos en que lo más importante es nutrirnos además de comer.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN DIFERENTES PAÍSES DEL PRIMER Y TERCER MUNDO.

<u>Mujeres</u>	<u>Varones</u>	
Australia (1984)	79,1	72,6
Canadá (1982)	79,0	71,9
Dinamarca (1984)	77,5	71,5
España (1980)	78,6	72,5
Estados Unidos (1983)	78,3	71,0
Francia (1982)	78,4	70,4
Gran Bretaña (1984)	77,6	71,6
Islandia (1984)	80,2	73,9
Italia (1979)	77,2	70,6
Holanda (1984)	79,5	73,0
Japón (1984)	80,2	74,5
Noruega (1983)	79,5	72,7
República Federal Alemana (1984)	77,5	70,8
Suecia (1984)	79,9	73,8
Suiza (1982)	79,6	72,7
Angola (1985)	43,6	40,4
Chad (1985)	44,6	41,4
Etiopía (1980)	42,5	39,3
Gambia (1985)	36,5	33,5
Guinea Ecuatorial (1980)	43,6	40,4
India (1985)	55,2	55,6
Níger (1985)	44,1	40,9
Sierra Leona (1985)	33,5	32,5
Timor Oriental (1985)	40,7	39,2

En los últimos años se han incorporado dos nuevos conceptos, los de la esperanza de vida independiente y esperanza de vida dependiente, entendiendo por ellos que el individuo en cuestión sea o no capaz de valerse por sí mismo (p. ej., desplazarse desde su cama a una silla) o requiera la ayuda de terceras personas. Hoy se sabe que en nuestro país la esperanza de vida de una persona en un porcentaje de 60% va a ser de vida independiente, mientras que otro 40% lo serán de vida dependiente. Estas proporciones se modifican con el tiempo transcurrido y el período de dependencia aumenta a medida que la edad de referencia que se toma es más alta.

Reducir cada vez más este período de vida dependiente constituye uno de los grandes retos de la geriatría actual. El lema “Dar vida a los años” ha sido adoptado por numerosas instituciones.

Por índice de envejecimiento se entiende la proporción de individuos por encima de los 65 años en relación con el total de la población. Se trata de un índice en crecimiento continuo, que ha pasado de ser en España del 7,2% en 1950 al 12% en 1986, y en 1991 en un 13,2% , así, cada año podemos decir que vamos elevando la índice y en el año 2000 estábamos en un 15% y éste índice es similar a los demás países europeos desarrollados.

ESPERANZA DE VIDA EN ESPAÑA (1980) PARA LOS GRUPOS DE POBLACIÓN ANCIANA.

Varones	Hembras	Global	
A los 65 años	14,8	17,9	16,5
A los 70 años	11,5	14,0	12,9
A los 75 años	8,8	10,5	9,8
A los 80 años	6,6	7,6	7,2
A los 85 años	4,9	5,6	5,3
A los 90 años	3,7	3,9	3,9
A los 95 años	2,3	2,3	2,3

ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO EN DIFERENTES PAÍSES

	1980	1990	2000	2020
Alemania Federal	15,5	15,5	17,1	21,7
Australia	9,6	11,3	11,7	15,4
Bélgica	14,4	14,2	14,7	17,7
Canadá	9,5	11,4	12,8	18,6
Dinamarca	14,4	15,3	14,9	20,1
España	11,0	12,7	15,1	17,3
EE.UU.	11,3	12,2	12,5	16,2
Francia	14,0	13,8	15,3	19,5
Irlanda	10,7	11,3	11,1	12,6
Italia	13,5	13,8	15,3	19,4
Japón	9,1	11,4	15,2	10,9
Noruega	14,8	16,2	15,2	18,2
Holanda	11,5	12,7	13,5	18,9
Portugal	10,2	11,8	13,5	15,6
Suecia	16,3	17,7	16,6	20,8
Suiza	13,8	14,8	16,7	24,4
Turquía	4,7	4,0	5,0	7,0

EE.UU., Canadá, Japón, Austria y Nueva Zelanda, y muy superior al resto de los países del mundo. Al incremento de este índice contribuye no sólo el hecho de que las posibilidades de vida se hayan alargado considerablemente y exista cada vez mayor número de ancianos en todos los subsegmentos de edad, al menos hasta los 95 años, sino también la disminución en la natalidad, que en el caso de España ha pasado de ser de 2,8 hijos por mujer en 1970 a 1,7 en 1985 y en 1,5 en 2007, teniendo en cuenta que desde hace unos años muchos de los nacidos en nuestro país son de padres extranjeros.

Se llama índice de dependencia de la población anciana, al que se establece entre el segmento de población de 65 o más años, a la que cabe considerar como laboralmente inactiva (pensionistas), multiplicado por 100, con el comprendido entre los 15 y 64 años, población laboralmente activa. Este índice en España era en 1986 del 18,7, algo inferior al de los países de Europa Occidental, que lo tienen entre 20 y 25. Varía también de

unas provincias a otras; oscila entre los 13-14 de Canarias, el País Vasco o Madrid, y 30 de Soria.

Todos estos factores desempeñan un importante papel en los problemas de salud de la población anciana. Así, los estudios realizados con amplios grupos de población en el Reino Unido han puesto de manifiesto que factores como la densidad de población, el estrato social, el nivel económico, el nivel cultural o el sexo desempeñan un papel muy importante en cuanto a la aparición, incidencia e intensidad de la mayor parte de las enfermedades crónicas que afectan al anciano.

ASISTENCIA GERIÁTRICA

De acuerdo sobre el libro blanco sobre el médico y la tercera edad, se entiende como asistencia geriátrica un conjunto de niveles de atención que, desde una óptica sanitaria y social, debe garantizar la calidad de vida de los ancianos habitantes de un área sectorizada, proporcionando respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o de dificultad social que aquellos presenten. Su objetivo prioritario es conseguir que el anciano permanezca, o se reintegre, en su domicilio habitual en suficientes condiciones de bienestar y seguridad.

Una asistencia geriátrica bien concebida presupone la adaptación de medidas políticas globales que contemplen aspectos extraordinariamente amplios y dispersos. Aspectos que incluyen puntos tan variados como el nivel adecuado de pensiones, unos servicios sociales lo más completos posible y pensados teniendo en cuenta la realidad del colectivo de ancianos al que van dirigidos, o unas medidas de política sanitaria que contribuyan a prevenir enfermedades, faciliten la asistencia integral al anciano cuando éstas se presenten y tengan en cuenta las patologías crónicas e incapacitantes a efectos de servicios específicos de recuperación, de residencias asistidas, etc.

Por razones obvias aquí sólo se abordarán las cuestiones referidas a la asistencia sanitaria y para ello se toman especialmente en consideración las recomendaciones del Consejo de Europa, las de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, y las de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.

La organización general de la asistencia geriátrica debe ser integral, con objetivos preventivos, asistenciales, rehabilitadores y sociales. Debe ser también, lo mismo que la del resto de la población, sectorizada, tanto en el medio rural como en el urbano, con áreas que abarquen, idealmente, unos 150.000-300.000 habitantes, lo que supone unos 20.000-40.000 ancianos.

En cada sector cabe considerar, a efectos expositivos, una atención ambulatoria o extrahospitalaria, una atención hospitalaria y una atención en las residencias asistenciales deben mantener entre sí una coordinación permanente, especialmente intensa entre los situados de un mismo sector. En todo caso, debe tenerse en cuenta que el objetivo que persigue prioritariamente la geriatría es el mantenimiento del anciano en su propio domicilio y en buenas condiciones de salud tanto físicas como funcionales, psíquicas y sociales.

ASISTENCIA GERIÁTRICA EXTRAHOSPITALARIA

Un estudio de la primera mitad de los años ochenta estima que al menos un tercio de las consultas que se realizaban en los ambulatorios correspondían a pacientes de más de 65 años. Esta proporción se eleva al 45% en el caso de los avisos de atención a domicilio y al 65% cuando se trataba de avisos urgentes.

En el nivel de atención primaria, el cuidado del anciano debe recaer en el médico de familia y será el ambulatorio o centro de salud el punto inicial en este sentido. Esto hace que el médico de familia deba tener una formación geriátrica específica, formación que debería adquirir durante su período de residencia, bien mediante asistencia programada a cursos, seminarios y simposios con acreditación geriátrica.

La atención domiciliaria al anciano corresponde básicamente también al médico de atención primaria, tanto en el caso del anciano con enfermedad aguda que realiza una vida normal, como en aquel que ha sido previamente asistido en el hospital, o en el del que presenta procesos crónicos que requieren controles periódicos. En este tipo de atención pueden desempeñar un papel decisivo los servicios de ayuda a domicilio en su doble vertiente médica y social, tanto si el punto de referencia inicial de estos servicios es el centro de atención primaria como si el hospital, tal y como se expone más adelante. También puede ser de gran ayuda las organizaciones de voluntariado, escasas en nuestro país, pero con gran arraigo y efectividad demostrada en otros muchos.

Los centros de atención primaria, en coordinación con el hospital terciario correspondiente a su sector, debe además desempeñar una labor preventiva, educativa y de seguimiento que cubra, al menos, los siguientes aspectos: a) control del cumplimiento terapéutico, lo que incluirá también la fármaco vigilancia; b) programación de campañas educativas para los ancianos y sus familiares sobre las patologías más comunes en geriatría, así como de campañas educativas para los ancianos y sus familiares sobre las patologías más comunes en geriatría, así como de campañas de auto

cuidado y de autocontrol; c) campañas de vacunación en aquellas situaciones que así lo aconsejen, y de forma específica campañas de vacunación anticatarral y antigripal en el otoño para la población en riesgo (los ancianos lo son por definición), y d) eventualmente, programas de preparación para la jubilación y en general de educación para la vejez.

Especialmente se deberán dar periódicamente cursillos para educar a los ancianos a tener en cuenta su nutrición, es muy importante lo que comemos, pero especialmente para los que tienen diferentes enfermedades, y no digamos en los ancianos que además son diabéticos, por esa razón es tan importante que todos sepamos alimentarnos nutriéndonos, pero mucho más los que tienen una o más patologías.

Es necesario enseñar a los mayores a comer, dejarnos de pensar que la alimentación no tiene importancia, y digo esto, porque la gran mayoría de los mayores no les dan importancia a lo que comen, y ello es muy grave ya que después de una temporada mal nutriéndose vendrá la enfermedad por las carencia nutricionales y si en jóvenes tiene importancia, no digamos la que tiene para los mayores y especialmente para los ancianos.

Por lo expuesto, entiendo que los médicos que atienden a los mayores, deberían ser especialistas en nutrición y salud, ya que como digo es primordial que los ancianos especialmente tengan conocimientos de lo que comen y como esos alimentos les nutre.

Esta razón es importante para que de una forma cómoda para los ancianos se les haga cursillos y seminarios para instruirlos en la materia alimenticia, insisto que ellos no le dan ningún tipo de importancia a la alimentación y mucho menos a la nutrición.

Es hora para los ancianos que sus alimentos estén basados en muchas más verduras crudas, legumbres y cereales, que la carne no la deben comer más una o dos veces en semana, que el pescados lo deben comer de 3 a 4 veces en semana y especialmente los pescados azules, por su contenido en omegas 3 y algunos en omegas 6, ya que estos lípidos son limpiadores de arterias y barren el colesterol, algo que desgraciadamente muchos de los ancianos lo tienen alto y descontrolado, y como todos sabemos, la gran mayoría de los ancianos mueren de problemas cardiovasculares, y en ello tiene mucho que vez los problemas arteriales que en parte los produce el colesterol y otros similares.

Empecemos a dar fuerza al conocimiento de la importancia de la alimentación para todos y muy en especial para los ancianos, en su parte nutritiva especialmente, para que podamos tener toda una vida más longeva.

CAPÍTULO II

ASISTENCIA GERIÁTRICA SANITARIA HOSPITALARIA

El servicio de geriatría de un hospital terciario constituye el vértice de la pirámide asistencial del sector y debe estar integrado y coordinado con el resto de los niveles asistenciales. Su principal objetivo es mejorar la atención al anciano enfermo, tanto en sus dolencias físicas como en los aspectos psicológicos, de prevención y rehabilitación; en paralelo, prestar un servicio al hospital dentro del área asistencial que le corresponde, ofrecer unas posibilidades docentes al personal en formación médico y paramédico, contribuir a la educación sanitaria de enfermos y familiares y, según sus posibilidades, realizar una labor de investigadora en las áreas de la gerontogeriatría.

Debe tener una concepción centrífuga. Todo lo que pueda ser atendido fuera del hospital no tiene por qué serlo dentro. Con ello se reduce ingresos y se fuerza la relación con los centros de atención primaria, con los hospitales de apoyo y con los servicios sociales de la propia área asistencial. Este principio es válido antes de acudir el paciente al centro y, sobre todo, una vez ha sido visto en él. Ello por un criterio económico: la atención extrahospitalaria es siempre más barata y, sobre todo, conceptual y humano: el anciano no debe organizar su vida en torno al hospital, sino buscar su inserción en áreas sociales que le sean más próximas y con menor carga negativa que la que supone un hospital. Sus principales unidades funcionales son:

1. Consulta externa, que se nutrirá básicamente de a) servicio de Urgencias Externas del Hospital, b) médicos de cabecera y especialistas del Centro de Atención Primaria que consideren necesario remitir para su estudio, c) los demás servicios clínicos del hospital, y d) el resto de las unidades del propio servicio de geriatría.
2. Sistemas eficaces de ínter consultas con otros servicios hospitalarios. Muchos ancianos ingresados para operaciones muy comunes (urológicas, traumatológicas u oftalmológicas, entre otras), tienen patologías asociadas complejas y problemas sociales. Unas y otros, así como los problemas de alta, van a poder ser afrontados mejor y con mayor rapidez y profesionalidad por el servicio de geriatría que por otros servicios hospitalarios a los que habitualmente se recurre. En ello se va a traducir en una asistencia al anciano cualitativamente mejor y en unas estancias más cortas.

3. Camas específicas de agudos en el propio centro, y posibilidad de contactar con centro del área de salud que dispongan de camas de medida y larga estancia. El candidato tipo para estas camas de agudos responde básicamente a alguno de estos patrones: a) ancianos con pluripatología, procesos crónicos o limitantes y problema social, más proceso agudo sobreañadido, b) anciano visto en alguno de los restantes niveles asistenciales del servicio de geriatría con enfermedad aguda intercurrente que requiera ingreso, y c) anciano visto en régimen de ínter consulta en otros servicios del hospital que, una vez superado su problema base, mantienen problemas médicos que requieren hospitalización. Determinado número de pacientes ancianos se va a beneficiar de estas camas específicas, tanto por la atención médica que van a recibir, más orientada hacia ellos y con personal médico y de enfermería especializado, como por su mayor facilidad de salida (asistencia social inmediata, posibilidad de incorporarse al hospital de día o a la atención domiciliaria, etc.). Obviamente, estos pacientes tendrán unas estancias algo más prolongadas que las generales de los servicios de medicina interna del propio hospital, pero siempre inferiores que las que tendrán otros servicios médicos, con mejores índices de supervivencia y de calidad de vida.
4. Camas de media y larga estancia que no tienen porque estar ubicadas en el propio centro, pero sí en algún hospital de apoyo de nivel secundario, dentro del propio sector y guardando una fluida relación funcional con el servicio de geriatría del hospital terciario.
5. Hospital de día. Centro de funcionamiento diurno, sin camas de hospitalización, dinámico en sus prestaciones y destinado a completar la recuperación psíquica, física y social del paciente anciano. No es un sustitutivo del centro de atención primaria ni del médico de cabecera. Tampoco sustituye a un hospital de crónicos. Sirve como paso intermedio entre la asistencia hospitalaria y domiciliaria. Sus objetivos específicos más importantes son: a) completar la recuperación de pacientes ingresados en cualquier servicio hospitalario, buscando proporcionar la máxima independencia física posible; b) completar la recuperación funcional mediante la terapia ocupacional; c) mantener bajo tutela hospitalaria pacientes aún en estudio, en recuperación o en control terapéuticos; d) evitar ingresos y reingresos, sirviendo como punto de destino para determinado tipo de enfermos vistos en las consultas externas o en los centros de atención primaria adscritos al hospital; e) prestar asistencia social especializada, y d) proporcionar

educación sanitaria a los ancianos y a sus familiares en programas específicos orientados por patologías.

Los tipos de ancianos que reciben más comúnmente son: a) los que necesitan recuperación física o simplemente mantenimiento (ACV en curso, fracturas recientemente intervenidas, etc.); b) los que requieren rehabilitación o mantenimiento físico especializado (parkinsonianos, amputados, diabéticos, etc.); c) ancianos que requieren recuperación o soporte psicológico, siempre que no caigan dentro de la psiquiatría propiamente dicha; d) los que necesitan afianzamiento y recuperación de actividades perdidas durante su enfermedad y estancia hospitalaria (Vestirse, comer u otras actividades de la vida diaria), y e) ancianos que necesitan cuidados sanitarios que no pueden ser prestados en su domicilio y que no justifican un ingreso.

Con el hospital de día se presta al anciano una asistencia integral, atendiendo sus problemas físicos y los relativos a su reinserción vital y social tras el alta hospitalaria. Por ello es una pieza indispensable dentro del servicio de Geriátrica, ya que a) garantiza una asistencia completa; b) evita ingresos hospitalarios no necesarios; c) facilita el alta, reduciendo las estancias y d) potencia al médico de familia y a las propias familias al ofrecer mayores posibilidades de atención intermedia.

6. Programas de atención domiciliaria. Constituyen la fase siguiente y su puesta en marcha resulta sumamente fácil a partir de la estructura del hospital de día. Incide ampliamente en la disminución de ingresos y de reingresos, vigilando aquellas altas hospitalarias más complicadas tanto desde el punto de vista médico, como social o de enfermería.
7. Además, el servicio de geriátrica deberá mantener unas relaciones de complementariedad regladas e intensas con otros servicios hospitalarios, lo que incluye por ejemplo; a) coordinar con el servicio de rehabilitación las posibilidades terapéuticas en dicho campo; b) ofrecer a través de sus servicios sociales todas las posibilidades existentes en cuanto a información y gestión de cara a resolver problemas de reinserción social extrahospitalaria; c) colaborar con servicios como dietética y nutrición o medicina preventiva en tareas comunes referidas al anciano, o d) establecer protocolos diagnósticos o terapéuticos comunes con otros servicios.
8. Dentro del área de salud correspondiente al hospital el servicio de geriátrica tiene y debe desarrollar, al menos, las siguientes funciones específicas: a) colaborar a nivel institucional con los centros hospitalarios de apoyo que funcionen como Unidad de larga estancia.

Esta colaboración incluye contactos directos frecuentes, actividades comunes y, eventualmente, rotaciones con intercambio de personal, sobre todo de aquel en formación médica o paramédica. Ello va a potenciar y motivar a estos hospitales de apoyo, y b) lo mismo con los centros de salud, con especial énfasis en los aspectos de educación sanitaria referidos al anciano y a su familia y, en general, en todo lo que se entiende como medicina preventiva (información sanitaria, vacunaciones, etc.).

Todo lo anterior supone una rentabilidad muy alta para el hospital general a diferentes niveles y permite un mejor aprovechamiento de los propios recursos hospitalarios, sin apenas modificación en las plantillas de personal y en las partidas presupuestarias. En resumen:

1. Ofrece la oportunidad de una asistencia geriátrica específica y real, hoy por hoy inexistente, lo que se traduce en la posibilidad de abordar con criterios programados y eficaces los problemas que conducen al anciano al hospital.
2. Consiguen que el hospital cubra uno de sus objetivos más importantes: el de la humanización de la asistencia en un área como la geriatría, donde este problema presenta tintes dramáticos.
3. Reduce las estancias medias de población geriátrica y también su proporción de ingresos, con lo que ello supone de ahorro.
4. Reduce gastos en capítulos tan importantes como medios diagnósticos y farmacia, al sintetizar y homogenizar protocolos en aquellos procesos más comunes que son los que determinan la mayor afluencia de pacientes ancianos al hospital.
5. Además, mediante el servicio de geriatría se puede contribuir a integral mejor el hospital dentro de su área de salud, ya que, a su través, deben establecerse gran número de interconexiones con el resto de las unidades asistenciales de nivel primario de dicha área de salud.
6. A nivel docente y de investigación, disponer de un servicio de geriatría permite plantear programas de formación posgraduada para futuros geriatras y también de educación continuada de profesionales médicos (de atención primaria, especialistas en medicina familiar y comunitaria, etc.), de enfermería, trabajadores sociales, etc., así como la de realizar estudios monográficos (lo que incluye tesinas y tesis doctorales) dentro del área geriátrica en colaboración con otros servicios hospitalarios.

ASISTENCIA GERIÁTRICA SANITARIA POSTHOSPITALARIA

Decíamos anteriormente que el objetivo fundamental de la asistencia geriátrica es mantener al anciano en su domicilio en las mejores condiciones de bienestar. En este sentido el domicilio debe ser el destino lógico posthospitalario. El problema reside muchas veces en la imposibilidad que existe, por razones médico sociales (determinación, enfermedad crónica e invalidante, ausencia de personal cuidador, falta de condiciones de la vivienda, etc.), para poder volver al propio hogar. Una alternativa a ello es la residencia de ancianos. Se clasifican habitualmente, según los moradores puedan o no manejarse por si mismos, en residencias de válidos o residencias asistidas. También según su número de plazas (macro o mini residencias) o su dependencia (del sector público o privadas).

Es difícil saber cuántas plazas de residencias existen en España. Sabemos que hay un gran número de residencias privadas y otras que están atendidas por órdenes religiosas, pero también sabemos que no son muchas las residencias que dependen del sector público, aunque han aumentado en los últimos años, nos quedamos a la cola de toda Europa en cuanto a residencias públicas, ello ha hecho que el sector privado aumente con gran fuerza y se cubran las necesidades que se tienen, lo que sucede, es que estas residencias privadas tienen unos precios para los disminuidos recursos de los ancianos españoles imposibles de poder soportar, muchas veces los ancianos tienen que ser ayudados a pagar la residencia por sus hijos, así sacrificando todos sus ahorros, su paga y los ahorros de sus hijos. Cualquier país europeo, está muy por encima de nosotros en cuanto a plazas públicas residenciales para los ancianos, y además me consta que con gran calidad de atención y servicio médico.

En énfasis debe ponerse en la necesidad de crear plazas en residencias públicas asistidas. Estas residencias deben disponer de personal médico especializado y de una mínima infraestructura sanitaria que incluya los servicios centrales elementales (radiología, laboratorio, etc.), así un área de rehabilitación. Deben también estar funcionalmente coordinadas con el área de salud correspondiente, tanto en lo que se refiere a los centros de atención primaria, como al hospital terciario.

Servicios sociales complementarios que alivien en parte el déficit de plazas de residencias pueden ser, además de los ya referidos, los centros de ancianos (sea cual fuere su nombre: hogares de pensionistas, centros de la tercera edad, club de jubilados, etc.). En ellos pueden desarrollarse una importante labor cultural, recreativa, de asistencia social, de educación

sanitaria, etc., que va a redundar de forma muy importante en la mejora de la salud integral del individuo anciano.

SITUACIÓN SOCIAL Y CULTURAL AL RESPECTO

En nuestro país, ha existido de siempre la tradición de que los hijos se hacían cargo de los padres, y ello era bueno para los mayores, pero debido a que hoy día en las parejas queda muy poco tiempo para atender a la familia e incluso a los hijos, ya que se ven obligados a tener que trabajar ambos en la pareja, no puede entrar en la idea social de atender a nuestros mayores aunque éstos sean nuestros padres, es por ello que la gran mayoría de los ancianos terminan en una residencia de mejor o peor categoría.

Las residencias por regla general están bien atendidas tanto médicamente como socialmente, pero se echa mucho de menos esas residencias que existen en nuestros países hermanos de Europa donde además de estar bien atendidas médica y socialmente, también disponen de equipos terapéuticos adecuados para los mayores, y también se echa de menos que esas residencias en su gran mayoría con todos los servicios completos, suelen ser públicas, es decir, que son soportadas por la seguridad Social del país.

En España aún estamos muy lejos de llegar a esa meta para nuestros ancianos, pero no porque estos vecinos nuestros europeos hayan pagado más sus cargas de seguridad social, ya que comparativamente e incluso las nuestras son superiores a algunos países de la Comunidad Europea, lo que significa que no se han hecho políticas sociales encaminadas a solucionar las necesidades de nuestros mayores.

Que es una realidad palpable la de que en nuestro país no existen las suficientes plazas públicas de residencias para mayores, y que se hace poco para remediarlo, es fácil ver claramente. Los políticos se olvidan con gran facilidad de los ancianos, como si estos no existiesen o no hubiesen aportado nada a nuestro país, para que hoy en día tengamos una mejor realidad de vida social, sólo se acuerdan de ellos, para las elecciones y decirle que les van a solucionar todo, pero si analizamos, veremos que esa parte de personas mayores que durante muchos años estuvieron aportando su dinero para que cuando llegase su jubilación nos les faltara su pensión y sus atenciones médicas y geriátricas, se ven defraudadas porque ningún político tubo en cuenta que estos mayores también tienen una necesidades médicas y geriátricas importantes.

Obviamente en España no se tiene en cuenta hacer residencias para los ancianos de forma pública y si afloran cada día más, las residencias privadas, lo que sucede es que por si fuese poco, los hijos de estos

ancianos, están sometidos en una gran mayoría a hipotecas y gastos extras, que a veces se hace también imposible que ellos puedan ayudar a sus padres a pagar esas residencias privadas.

En un país moderno y desarrollado como es el nuestro, deben hacerse políticas sociales importantes para la tercera edad y especialmente para los enfermos crónicos y disminuidos físicamente. Resulta que ayudamos mucho a terceros países y eso no es criticable, es bueno, pero si estamos ayudando a otros países debería ser porque en el nuestro tenemos todo resuelto y no existen deficiencias de ninguna clase. Es obvio que ayudar es muy bueno, pero lo primero que debemos hacer es resolver nuestras propias necesidades y también es obvio que en cuanto la calidad y cantidad de residencias públicas para la tercera edad no está resuelta en nuestro país.

Entiendo que los políticos no se paran a analizar esto con ningún reparo, y cuando ayudan a otros países (que insisto es bueno), lo hacen para salir en los medios de comunicación y que vean que son bondadosos para con los demás, y para ser así, lo primero que deben hacer es arreglar su casa y después la de los demás.

Se podría incentivar a las familias tanto por los hijos como por los padres, es decir que ambos tuviesen un plus extra para que fuesen más llevaderas las cargas sociales. Nos estamos quejando que en España nacen cada vez menos hijos de los propios españoles, y que se deben tomar medidas; si nos paramos a observar, veremos como los jóvenes matrimonios que son los que pueden tener hijos, no les llega ni para pagar la hipoteca mucho menos les llegaría si tuviesen uno o dos hijos. Es necesario incentivar a los padres de una forma adecuada para que puedan tener esos hijos que harán que nuestro país siga siendo joven. Además se tiene que tener en cuenta también a los mayores y incentivar a esos hijos que se hacen cargo de ellos cuando éstos tienen una edad madura y no puede valerse por si mismos.

Las residencias son una solución menor, es decir que en una residencia los ancianos están bien cuidados, pero les falta el afecto y cariño de sus familiares, por eso estamos pidiendo que se incentiven a los hijos que se hacen cargo de sus padres para que la carga sea menor y puedan atenderlos económicamente también en condiciones además de darle su cariño.

Lo mismo que la idea médica para el anciano es que si tiene que estar hospitalizado esté en su hogar en el mínimo tiempo, cuando estos mayores estuviesen atendidos por sus familiares tendríamos menos hospitalizaciones y menos farmacología, con lo que se estaría ahorrando en el contexto general.

Debemos analizar cual es el papel de los ancianos en nuestra vida.

CAPITULO III

ENVEJECIMIENTO (TEORIAS)

Es difícil establecer con precisión el concepto envejecimiento. Existen numerosas definiciones. Todas ellas coinciden en señalar que se trata de un proceso dinámico que se inicia con el nacimiento y es de naturaleza multifactorial.

Alguno habla de pérdida de vitalidad, lo que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés y conduce, en último término, a la muerte (HRUZA, 1972). La vitalidad, según ello, se definiría como la capacidad que tiene el organismo para realizar sus distintas funciones biológicas (BEIER, 1973). A medida que el ser humano envejece, va perdiendo vitalidad de forma ineludible a través de un deterioro progresivo de la práctica totalidad de sus funciones fisiológicas, y esto ocurre incluso en ausencia de enfermedad.

Tendremos que aclarar aquí algo importante, y preguntarnos ¿Los seres humanos nos podemos llamar hombres? como norma a los seres humanos se les llama hombres en muchos escritos y especialmente en los libros sagrados, ello viene dado a que la Santa Biblia nos dice Dios hizo al Hombre a su imagen y semejanza (Génesis 1:26), lo que significa que el hombre en su Creación era a imagen y semejanza de su Creador y por lo tanto podría llegar a tener vida eterna, es decir que no envejecía y ahora nos podemos preguntar de nuevo ¿Qué ha pasado? ¿Por qué ahora el hombre envejece y muere?, es obvio que algo ha tenido que pasar y tenemos que encontrar la respuesta dentro de nosotros mismos, pregúntese ¿Somos realmente Hombres varón y hembra a la vez), es claro que no lo somos, cuando la Santa Biblia nos habla en el Génesis de la Creación del Hombre, no está hablando de los seres humanos que hoy día habitamos la tierra, nos habla de un ser Hombre y no de un varón ni de una hembra, ¿Porqué? visto desde este punto de vista, ahora somos machos y hembras, es decir lo que en el principio fue Creado, no es lo que hoy día vivimos en el Planeta Tierra, ¿Qué ha pasado? la contestación también la podemos encontrar en el Génesis 1:27-28, que nos dice Y Dios procedió a crear al hombre a su imagen , a la imagen de Dios lo creo macho y hembra los creo. Además los bendijo Dios y les dijo sean fructíferos y háganse muchos y llenen la tierra y sojúzguenla, y tengan en sujeción los peces del mar, las criaturas voladoras de los cielos y toda criatura viviente que se

mueva sobre la tierra. Luego el Hombre tenía a la tierra y todo lo que en ella vivía a su servicio y además podía vivir para siempre, la verdad es que el hombre primitivo vivía en un Paraíso. Y Después Dios Creo a la mujer, (Génesis 2:18) Y Jehová Dios pasó a decir: No es bueno que el hombre continúe sólo. Voy a hacerle una ayudante, como complemento de él. Ambos vivieron en el Paraíso hasta que desobedecieron a Dios y tuvieron que ser expulsados del Paraíso. Con lo que ya no tuvieron tampoco la posibilidad de vivir para siempre. La desobediencia nos trajo a ellos y a nosotros la muerte; y a partir de ese momento, tanto ellos como sus descendientes, sufrirían degeneración; en sus organismos como hoy los conocemos. Luego el Paraíso, no se parece nada a la tierra en que vivimos, por lo tanto tendremos que analizar y ver como hemos ido degenerando hasta el punto de que hoy envejecemos y nada más nacer comienza nuestro envejecimiento, que hará que antes o después muramos pasando por la enfermedad y por decrepitud y el sufrimiento, aunque como ya hemos dicho ocurre incluso en la ausencia de la enfermedad.

Es importante señalar que las pérdidas funcionales en los distintos órganos y sistemas se producen de una manera muy diferente en cuanto a intensidad y cadencia de unos a otros, existiendo también una gran variabilidad individual entre las personas. Cuando aumentan los requerimientos, como ocurre en las situaciones de sobre carga funcional, la pérdida de vitalidad se hace más evidente. En último término se trata de una incapacidad para mantener la homeostasis en situaciones de estrés fisiológico, incapacidad que se asocia a una pérdida de vitalidad y a un aumento de vulnerabilidad.

Los cambios que determinan el envejecimiento fisiológico pueden expresarse de diferentes formas. KENNEDY de manera esquemática las resume así: a) pérdida absoluta de algunas funciones, por ejemplo, la reproducción en la mujer o la capacidad de oír determinadas frecuencias; b) cambios funcionales secundarios a otros estructurales, entre ellos pérdida progresiva de neuronas, pérdida de masa muscular o de células marcapaso en el nodo sinusal (en muchos casos, como en el riñón, la pérdida concomitante en el correspondiente flujo vascular hace difícil saber qué es causa y qué es efecto); c) pérdida o disminución de funciones sin alteración del sustrato anatómico (un ejemplo sería la disminución en la velocidad de conducción de la fibra nerviosa); d) modificaciones secundarias a fallo o interrupción en los mecanismos superiores de control (por ejemplo, caída en las concentraciones de gonadotropinas cuando se reduce su autorregulación a través de las hormonas sexuales, o pérdidas en la respuesta cualitativa de los receptores adrenérgicos, o en la respuesta a

la termorregulación); e) de forma excepcional la respuesta al envejecimiento es un aumento de la función (por ejemplo, las modificaciones osmóticas determinan en el anciano una secreción de ADH aumentada), y f) en ocasiones, los cambios lo son sólo en situación de sobrecarga, como la incapacidad para alcanzar frecuencias cardíacas elevadas con el ejercicio.

A todos estos cambios contribuyen múltiples causas, unas como se verá, probablemente predeterminadas por factores genéticos, y otras, debidas a modificaciones atribuibles al entorno en el que el sujeto ha vivido (a sus factores de riesgo específicos) o a las secuelas de las diferentes enfermedades acumuladas a lo largo de la vida. La consecuencia son modificaciones moleculares que dan lugar a pérdidas de información, a formación en enlaces cruzados a nivel molecular, a pérdidas en la capacidad de supervisión inmunológica o una reducción en la capacidad de proliferación celular de muchos órganos y sistemas. A pesar de todas estas pérdidas y limitaciones, en condiciones eugéricas (envejecimiento fisiológico), la pérdida de vitalidad tan sólo alcanza a nivel crítico a edades muy avanzadas. En condiciones patogénicas (Envejecimiento patológico), puede llegarse a esta situación a edades más tempranas.

El estudio de la razón última de todos estos cambios constituye una ciencia a la que se conoce como biogerontología (estudio del envejecimiento de los seres vivos). para estudiar el envejecimiento humano se recurre a diferentes sistemas que incluyen modelos animales (biogerontología experimental) y estudios en humanos, bien sean estos morfológicos, bien funcionales, transversales o longitudinales, observaciones clínicas y/o estudios del envejecimiento celular (citogerontología). Se trata de un tema que ha apasionado a los científicos desde hace más de un siglo. Así Augusto WEISMANN en 1981 ligaba la muerte inevitable de las células a la incapacidad de las mismas para reproducirse de forma indefinida. Nombres como el propio WEISMANN o el de Alexis CARREL en el primer tercio del siglo XX con su teoría de la inmortalidad celular, aparecen vinculados inevitablemente a cualquier estudio en este terreno. Desde 1961, merced en parte a los estudios de HAYFLICK, no se ha demostrado que ninguna población celular humana o animal sea inmortal, entendiéndose como tal la posibilidad de autorreproducirse en cultivos seriados continuos in vivo o in Vitro hasta un mínimo de cien duplicaciones durante un mínimo de dos años.

El fundamento de la moderna citogerontología, de la que WEISMANN y CARREL fueron precursores, estriba en el principio de que el origen de los cambios en el proceso de envejecer en los organismo multicelulares

sólo puede deberse a: a) trastornos en el seno de una célula individual; b) cambios en los componentes de la matriz extracelular, y/o c) modificaciones debidas a la influencia que células con alto grado de organización jerárquica puedan ejercer sobre otros tejidos u órganos.

En los últimos años se está prestando gran interés a la célula grasa como modelo para el estudio del envejecimiento celular. En base a estos estudios, se considera que se trata de un proceso en el que sucesivamente se produce una pérdida en la absorción de triglicéridos y en la actividad lipogénica, lipolítica y oxidativa de la célula. Todo ello guardaría una buena correlación con el progresivo declinar de la síntesis proteica y de su sensibilidad a hormonas, mediadores y otros factores.

En estos últimos tiempos, existen numerosas teorías que pretenden explicar el porque del proceso del envejecimiento. Todas ellas tienen una cierta justificación y ninguna es lo suficientemente unitaria para proporcionar por si misma una explicación suficiente y satisfactoria. Las más en boga son: Teoría de los radicales libres o de la peroxidación. Enunciada en 1956 por HARMAN, propugna que los radicales libres que se forman durante procesos oxidativos del metabolismo normal reaccionan con los componentes celulares, originando la muerte de las células vitales y, eventualmente, en envejecimiento y la muerte del organismo. Los radicales libres son muy reactivos. Ello les convierte, a su vez, en fuente de nuevos radicales, y da lugar a una cadena que conduce al consumo de muchas moléculas estables. Todas las células del organismo son susceptibles de ser alcanzadas por este proceso. Las alteraciones que pueden producirse son resumidas por HAYFLICK en: a) oxidación acumulativa de colágeno, elastina y DNA; b) rotura de las cadenas de mucopolisacáridos a través de una degradación oxidativa; c) acumulación de sustancias metabolitamente inertes; d) cambios en las características de la membrana, de las mitocondrias y lisosomas, y e) fibrosis de arteriolas y capilares secundaria a lesiones originadas por productos resultantes de la peroxidación del suero y de los componentes de la pared vascular.

Estudios con agentes antioxidantes (superóxido dismutasa, a-toferol, vitamina E, etc.), utilizado como modelos animales muy elementales, han permitido, en algunos casos, prolongar la extensión de la vida máxima conocida de la especie correspondiente. Entre los investigadores que han trabajado en este terreno cabe citar al español Miquel CALAYAYUD. Este tipo de respuesta se ha conseguido en la especie humana.

Los buenos resultados de estas investigaciones, dieron paso a otras más profundas y hoy día se sabe que los radicales libres en realidad son una parte importantísima para que envejezcamos y lo que es peor, para que

nuestro organismo se degenera de tal forma que la gran mayoría de las enfermedades degenerativas son producto en gran parte de los radicales libres.

Debido a estas investigaciones, hoy sabemos que para combatir estos procesos, tenemos que cambiar nuestros hábitos alimenticios y forma de vida, y además reforzarnos con antirradicales libres como son: a) vitaminas A, B, C, y E, esta última de las más importantes para este proceso; b) minerales como el caso del zinc, el selenio, el magnesio el cobre, el hierro y el manganeso, son fuentes primordiales de antirradicales libres. Por eso ahora se aconseja tomar complementos dietéticos que contengan estos antirradicales libres y que nos aporten estos indispensables elementos para combatir a los radicales libres.

A pesar de ello, todo no queda ahí, y es por lo que se ha seguido investigando y existen más componentes por los que envejecemos con tanta facilidad.

Teoría de los enlaces cruzados. Tiene su fundamento en los cambios que se producen con la edad a nivel molecular, extra e intracelularmente, cambios que afectan a la información contenida en el DNA y en el RNA. Con la edad se produce una mayor frecuencia de enlaces covalentes o mediante bandas de hidrógeno entre macromoléculas, que si bien inicialmente pueden ser reversibles, a la larga determinados fenómenos de degradación e inmovilización, que convierten a estas moléculas e inertes o malfuncionantes. Según esta teoría, la alteración originaria en el DNA daría lugar a mutación de la célula y, posteriormente, a su muerte.

Esta teoría tiene a su favor que parte de un fenómeno que realmente ocurre. También que se trata de un fenómeno que tiene una cierta base fisiológica y que es potencialmente aplicable a todos los tejidos. En su contra está el hecho de que buena parte de las moléculas a las que afecta corresponden a células que pueden ser renovadas, y que no se ha demostrado que se trate de una situación cuya extensión sea suficiente como para producir el envejecimiento biológico universal que se le quiere atribuir.

Teoría inmunológica. En el curso del envejecimiento se produce un declinar importante del sistema inmunológico. Los cambios más conocidos son los siguientes: a) pérdidas cualitativas de los linfocitos CD4 cooperadores, probable mayor actividad de los CD8 supresores y menor actividad de los CD8 citotóxicos; b) menor capacidad de los linfocitos B para producir anticuerpos y, en general, para responder a los antígenos externos; c) pérdida progresiva de respuesta en las pruebas de hipersensibilidad retardada; d) aumento en la producción de

autoanticuerpos (microsomales, antitiroglobulina, células parietales, músculo liso, etc.); e) aumento en la producción de inmunocomplejos circulantes; f) pérdida de la capacidad de reduplicación ante la estimulación con mitógenos (Fitohemaglutinina o concanavalina-A), y g) menor capacidad de las células T para producir factor de crecimiento.

Todos estos cambios determinan una menor capacidad de defensa del organismo ante cualquier tipo de agresión limitan su capacidad para discernir entre lo que es propio y lo que es ajeno; debido a ello facilitan la aparición de un mayor número de enfermedades, especialmente de tipo autoinmune, infeccioso y tumoral.

Aspectos críticos de esta teoría serían, en primer lugar, su incapacidad para explicar todos los cambios asociados al proceso de envejecer. También que el sistema inmunitario no es totalmente autónomo, sino que está sometido a otros tipos de regulación superior (genético, hormonal, etc.). Por último, que tampoco la terapia sustitutiva ha conseguido, ni siquiera en los modelos animales más simples, una respuesta suficiente satisfactoria en cuanto a enlentecer el proceso de envejecimiento.

Teoría neuroendocrina. Tiene fundamentación análoga a la inmunológica. Según ella el principal responsable del envejecimiento sería el deterioro de los mecanismos superiores de regulación neuroendocrina. Su fundamento sería la pérdida objetiva de células nerviosas y, en algunos casos, de los que el ejemplo más claro sería el de las hormonas que regulan el mecanismo reproductor, pérdida también de la capacidad funcional en el mecanismo endocrino regulador.

Sus fallos también son similares a los de la teoría anterior. El más importante es su falta de universalidad a la hora de intentar recurrir a ella como una teoría unitaria. Probablemente es más fácil explicar los cambios en el sistema nervioso y en el endocrinológico como consecuencia del proceso de envejecimiento que como causa del mismo.

Teoría de la acumulación de productos de desecho. Se basa en la observación muy antigua de que la mayor parte de las células en animales de edad avanzada contienen un número elevado de cuerpos de inclusión. Se trata de productos de degradación metabólica que, en virtud de esta teoría, actuarían como agentes patógenos para la propia célula, alterarían su metabolismo y acelerarían su destrucción. Las más comunes de estas sustancias serían la lipofuscina y la que se conoce como degeneración basófila. No parece que ni ellas ni ningún otro cuerpo de inclusión desempeñen ninguna función activa en el proceso de envejecer. De hecho la presencia de lipofuscina se interpreta como resultado de reacciones

oxidativas, incrementada en los casos de déficit de vitamina E, y su presencia no pasa de ser un mero marcador indirecto de envejecimiento.

Teorías basadas en mecanismos genéticos. Entre ellas cabe incluir la de la programación genética, de la mutación somática y la del error genético. Todas ellas parten del supuesto de que la longevidad de una determinada especie y de sus correspondientes individuos viene, en gran parte, predeterminada por mecanismos genéticos. A su favor estaría una cierta correlación en cuanto a la edad que se observa entre los mismos individuos de una familia o la longevidad equivalente que se ha descrito en muchos pares de gemelos univitelinos.

Según alguna de estas teorías, el individuo nacería con una secuencia de envejecimiento escrita (programada) en su genoma que le adjudicaría una máxima extensión de vida, y serían las circunstancias ambientales y patológicas acumuladas durante la vida de cada uno las que limitarían en mayor o menor medida esa programación.

Para otros autores sería la acumulación de un nivel significativo de mutaciones en las células la que produciría las pérdidas fisiológicas características del hecho de envejecer. Esta teoría tuvo un gran predicamento en los principios del siglo XX después de la Segunda Guerra Mundial, en base a la idea de que las radiaciones ambientales podían originar alteraciones genéticas en la célula hasta el punto de alcanzar un nivel crítico que determinaría su muerte. Para los que hablan de error genético, estas mutaciones se derivarían de la pérdida de una secuencia de DNA.

En su conjunto cabe considerar que ninguna de estas teorías es por sí misma suficiente para explicar el hecho de envejecer. Parece bastante probable que tanto los mecanismos genéticos como las pérdidas inmunológicas, o la producción de radicales libres o de enlaces covalentes, contribuyan, en cierta manera, a explicar los fenómenos que hoy conocemos e interpretamos como constitutivos de proceso de envejecer. En todo caso la cuestión sigue abierta y es posible que pase mucho tiempo antes de que se la pueda dar una respuesta concluyente.

¿Cómo analizamos nosotros el envejecimiento?

Hemos visto que Dios Creó al Hombre como ser inmortal, y es obvio que no lo somos, (qué ha pasado?, ahora morimos y nos decrepitamos por una serie de elementos tanto nutrientes como ambientales y tóxicos, luego es claro que no estamos haciendo lo que Dios mandó al hombre, es lógico que esos seres primitivos creados para ser inmortales, no se afectaban ni se

enfermaban ya que estaban contruidos para vivir eternamente, y que cuando el hombre desobedeció a Dios las cosas cambiaron, luego retrocedimos de ser Hombres a imagen y semejanza de nuestro creador a ser sólo humanoides, y como tales tenemos que morir, por eso desde el primer momento de nuestro nacimiento, ya estamos envejeciendo y ello no lo va a para nadie, es obvio que una persona que lleva a rajatabla las leyes naturales y viva una vida dedicada al servicio de los demás y por lo tanto al servicio de Dios, sus células envejecerán más lentamente y vivirá mucho más tiempo, pero ello no le devuelve el estatus de inmortal.

Pero el Padre que sigue teniendo puesto en nosotros todo su amor, se apiadó profundamente y hizo que su Hijo Predilecto y Unigénito, viniese al mundo para explicar a los humanoides como poder regresar al padre de todas las luces y vivir en su presencia para el resto de la eternidad, él tuvo que adaptar su organismo espiritual y eterno para poder nacer y vivir como un ser humano. Esta adaptación se supone que no fue nada fácil y que tardaría muchísimos años, pero una vez conseguida, nació por Obra Divina de Maria La Virgen y se tuvo que educar como un ser humano más, así aprendió como somos los humanos y como es nuestra naturaleza, por eso el Ser más completo espiritualmente que nació en la tierra vivió entre nosotros y nos enseñó el camino para volver al Padre.

Lo que sucede es que a pesar de todo, los humanos poco hemos aprendido de todo lo que Jesús nos enseñó, seguimos siendo egoicos y tenemos dentro de nosotros todas las maldades con lo que nuestra naturaleza podríamos decir que es demoníaca y no espiritual, ¿Por qué sucede esto a pesar de todo?, porque como bien nos dijo Jesús, el príncipe de la Tierra es Satanás, el Diablo y toda su legión de diablos que bajaron a la Tierra con él.

Estamos en un planeta que está dominado por Satanás y que a pesar de haber sacrificado Jesús su vida por nosotros y enseñarnos el camino, son pocos los que han seguido ese camino que lleva a la luz del Padre, por eso hoy día seguimos dominados por la maldad y el egoísmo constante y lo único que nos importa es adquirir riquezas materiales en lugar de riquezas espirituales que son las que podrían hacernos llegar a ese cambio tan necesitado que tenemos para poder volver a ser inmortales y vivir compartiendo la Divina luz con el Padre.

Luego es obvio, que mientras nuestros organismos estén materializados, seguiremos enfermado y tendremos que envejecer desde que nacemos hasta que morimos. Es por ello que ninguna ciencia podrá nunca resolver el problema del envejecimiento, la única formula nos la dio Jesús y no todos la hemos querido llevar a cabo para nuestro propio bien.

CAPÍTULO IV

CAPACIDAD DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

La relación medico-enfermo en el caso del paciente anciano plantea algunas peculiaridades que van bastante más lejos de la simple idea de que la comunicación con el paciente anciano es incómoda y difícil, o de que se debe tener en cuenta los cambios fisiológicos ocurridos en el organismo envejecido al prescribir un determinado fármaco.

Diagnósticos: Es difícil dar normas generales sobre los aspectos específicos que encierra la historia clínica del anciano. Algunos de los puntos específicos que se deben tomar en consideración al realizarla son los siguientes: a) necesidad de tiempo; b) dificultad de comunicación; c) valoración de síntomas; d) interrogatorio por aparatos y por antecedentes; e) medicación que está tomando; f) valoración funcional psicológica y social, y g) exploración física y paraclínica.

El primer punto es casi un punto previo. Realizar una historia clínica a un anciano lleva más tiempo que hacerlo a una persona que no lo es. El médico debe prever este aspecto. Los ancianos son más lentos en ideación, expresión y movimiento, tienen en general historias mucho más prolongadas y complejas, y necesitan un interrogatorio más extenso y atento.

La comunicación es a menudo difícil. En unos casos, por problemas muy obvios: pérdida de audición o, con muchísima frecuencia, pérdidas de memoria o confusión mental. Además, no es excepcional que el anciano tenga una cierta actitud negativista o, simplemente, pasiva o de resignación; tampoco lo es que no tenga especial interés en acudir al médico – a veces ni siquiera en seguir viviendo- y haya sido la familia o la institución en la que reside quien haya decidido llevarlo a consulta. Estos factores deben ser considerados por el médico, quien, en la medida de lo posible, debe contrastar y completar la historia con algún observador externo, familiar o persona responsable.

La valoración de los síntomas en el paciente anciano es otro de los grandes retos para el médico. Lo es en muchos sentidos. En primer lugar, el anciano no vive sus síntomas en la misma medida que el joven. Molestias que serían síntomas llamativos para un adulto joven, como determinados dolores articulares o torácicos, las deformaciones articulares, la tendencia al estreñimiento, la tos seca, las pérdidas en los órganos de los sentidos, pueden formar parte de lo que el anciano considera normal. Muchos de

estos y de otros hallazgos, la gente en general y también el anciano, los considera como propios de la vejez y no les da valor de síntomas.

El propio tipo de vida del anciano, normalmente muy sedentario y poco activo, dificulta la valoración de algunos síntomas, por ejemplo la disnea, que nunca va a ser de grandes esfuerzos. Muchas veces el margen en el síntoma y su ausencia es muy estrecho. Es frecuente el caso del anciano con enfermedad crónica respiratoria o cardíaca que, en circunstancias basales, se encuentra al límite de sus posibilidades y al que un pequeño factor desencadenante sobreañadido le va a colocar en situación de insuficiencia cardíaca o respiratoria franca. En este sentido, es muy importante valorar los pequeños cambios que tienen lugar en períodos cortos de tiempo, por ejemplo, de un día para otro. Cambios que pueden consistir en una mayor dificultad o incapacidad para realizar tareas tan simples como levantarse de la mesa o en el esfuerzo que representa el acto de vestirse o de comer. El equilibrio suele ser inestable y el salto de lo normal a lo muy grave puede establecerse muy rápidamente en el anciano. En otros casos, la enfermedad se manifiesta de maneras diferentes o como lo hace a otras edades. Los ejemplos son infinitos. Las infecciones agudas, especialmente las respiratorias y urinarias, que son las más comunes en el anciano, suelen cursar temperaturas menos elevadas (la llamada fiebre baja) y con frecuencia de escalofríos. El típico dolor en punta de costado de la neumonía es menos común en el anciano. Los infartos de miocardio indoloros o con dolor de características atípicas son también más comunes. Las manifestaciones de la hiperfunción tiroidea están mucho más atenuadas. La lista sería enorme. Es frecuente que la patología de un determinado sistema ponga al descubierto las limitaciones de otro. Por ejemplo, el primer síntoma de fallo cardíaco, pueden ser manifestaciones neurológicas o trastornos de conducta derivados de una peor perfusión del SNC. (Sistema nervioso central).

La interpretación de un mismo síntoma o de un signo físico de cara a un diagnóstico diferencial ofrece también diferentes perspectivas. Pensemos en los edemas maleolares, cuya aparición sería motivo inmediato para acudir al médico en un paciente joven. El anciano muchas veces lo ignora como síntoma, pero si es motivo de consulta las posibilidades de interpretación que se ofrecen al médico son muy diferentes y probablemente, lo primero que deberá descartar es que existan problemas en la circulación venosa de retorno, algo inhabitual en el paciente joven.

De lo expuesto se deduce que en la anamnesis el papel del médico debe ser cuidadoso y activo, valorando las pequeñas pistas y reinterrogando siempre que quede la menor duda. Especial interés reviste el interrogatorio

por aparatos y los antecedentes personales. En el primer caso porque el anciano suele presentar más patologías que aquella que ha determinado la consulta –patologías muchas veces inactivas- que es importante hacer aflorar. En segundo porque con frecuencia vamos a encontrar entre sus antecedentes enfermedades o intervenciones quirúrgicas que van a tener relevancia en el momento actual.

GRADOS DE INCAPACIDAD FÍSICA:

0. Se vale totalmente por si mismo. Anda con normalidad.
1. Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total.
2. Tiene alguna dificultad en los actos diarios, por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.
3. Grave dificultad en bastantes actos de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
4. Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual.
5. Inmovilizado o en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

GRADOS DE INCAPACIDAD PSÍQUICA

0. Totalmente normal.
1. Algunas rarezas, ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con el cuerdamente.
2. Desorientación en el tiempo. La conversación es posible pero no perfecta. Conoce bien a las personas, aunque a veces olvide alguna cosa. Trastornos de carácter, sobre todo si se le disgusta. Incontinencia ocasional.
3. Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Confunde las personas. Claros trastornos del humor. Hace cosas que no parecen explicables. Frecuente incontinencia.
4. Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico han etiquetado ya de demencia. Incontinencia habitual.
5. Demencia senil total, con desconocimiento de las personas. Vida vegetativa o no. Incontinencia total.

Es importante conocer la totalidad de medicamentos que toma el anciano y la forma en que lo hace. Todos los trabajos epidemiológicos en este sentido coinciden en señalar que: a) el anciano es un gran consumidor de

fármacos; b) con frecuencia se automedica; c) tiende a mantener de forma estable el uso de aquellos fármacos que decide le sientan bien, y d) interpreta a su gusto las indicaciones del médico en este sentido. La farmacoterapia es con gran frecuencia fuente de yatrogenia en este grupo de edad. En todo caso, es probable que uno o todos los fármacos que está consumiendo sean inútiles, tengan efectos antagonistas o sinérgicos entre sí, o interfieran negativamente en alguno de los procesos patológicos del anciano.

El interrogatorio debe incorporar aspectos relativos a la valoración funcional, psicológica y social. Existen escalas para valorar la capacidad física, algunas muy simples, que una puntuación de 0 a 5 irían desde la posibilidad de valerse por sí mismo en todos los sentidos (grado 0) hasta la necesidad de cuidados continuos de enfermería, incontinencia e inmovilización en un sillón (grado 5) (podemos verlo en la tabla anterior). Existe escala similar para la valoración psicológica, aunque en este sentido puede tener más interés la práctica sistemática de pruebas simples como el Mini mental state, cuya versión española está validada por LOBO. En la escala social debe considerarse si el anciano vive solo o acompañado, grado de ayuda que puede recibir, y el acceso y condiciones del domicilio (ascensor, calefacción, etc.).

Las normas para la exploración física no difieren de las aplicables a otras edades. Deben intentar corroborarse todos los datos obtenidos mediante la anamnesis. También debe valorarse con detalle los órganos de los sentidos. Completada la historia clínica el médico debe orientar los problemas y ordenarlos con arreglo a tres criterios: a) gravedad; b) grado de molestias o incomodidades que originan, y c) posibilidad de actuar sobre ellos. Los criterios para solicitar exploraciones complementarias deberán tener en cuenta estas consideraciones, así como la de no molestar en exceso al anciano, ni originarle gastos innecesarios. En todo caso, al menos en el medio hospitalario, deberán realizarse unas pruebas básicas que incluyan análisis de sangre (pruebas bioquímicas y hematológicas más habituales) radiología simple de tórax y abdomen y un electrocardiograma basal.

ASPECTOS TERAPÉUTICOS

El médico es siempre el primer medicamento. Esta afirmación de Pedro LAÍN adquiere en el caso del paciente anciano su máximo sentido. También lo tiene el considerar que esta actividad terapéutica se inicia en el momento del primer contacto y que un objetivo importante va a ser el conseguir que el anciano colabore como elemento activo en su propio tratamiento. Dicho lo anterior se distinguirán dos apartados. El primero incluye algunas normas prácticas que deben tomarse siempre en

consideración. El segundo destaca la necesidad de valorar la edad a la hora de prescribir fármacos.

Algunas normas prácticas

La primera es que en geriatría es tal vez que en otras edades el cuidado a no agredir. Y no sólo porque el anciano es más susceptible a la agresión medicamentosa, sino también porque en él van a ser menores las posibilidades de reparar un daño en este sentido. El tema de la calidad de vida debe tenerse siempre en cuenta como un objetivo prioritario.

En segundo lugar tener en cuenta que la variabilidad individual es mucho mayor a medida que avanza la edad. Esto es así tanto por lo diferente entre las trayectorias vitales y de salud que existen de un anciano a otro, como las distintas connotaciones familiares, sociales, económicas, culturales, de carácter, etc., que presenta cada anciano. Por ello debe huirse de las pautas muy generales y buscar recetas individuales que puedan ser óptimas para cada paciente y para cada situación.

Se debe establecer prioridades al decidir el programa terapéutico. Hay que considerar que con frecuencia lo mejor es enemigo de lo bueno, y que entre la mejor opción y la inhibición siempre hay soluciones intermedias. El saber negociar es fundamental con este grupo de pacientes.

También es importante rechazar a priori determinadas actitudes radicales en función a la edad. En nuestros hospitales es habitual ver como se niega a un paciente el acceso a una unidad de cuidados intensivos en la fase aguda de un infarto de miocardio o en una situación equivalente, por tener determinados años. O cómo, con ese mismo criterio, se le rechaza para una intervención quirúrgica, para un programa de diálisis, o para un tratamiento anticoagulante. Este tipo de decisión es mucho más habitual entre los no geriatras y entre los especialistas responsables de cada una de estas secciones. Se trata de una actitud totalmente rechazable, que raya con frecuencia con el código deontológico. Además se aplica de forma selectiva ya que el criterio de edad no suele tenerse en cuenta cuando el paciente es el propio padre o persona allegada. Deben ser criterios médicos, de valoración individual y de recuperabilidad, los que se tengan en cuenta a la hora de decidir en este sentido. En muchos casos la propia historia se encarga de demostrar lo erróneo de esta actitud. Hay que considerar como un ejemplo entre muchos posibles que cuando se inició la angioplastia coronaria, los primeros estudios excluían por definición a los ancianos. Pocos años después se ha llegado a definir la angioplastia como una técnica que aparece especialmente diseñada para el paciente de edad avanzada.

Junto a ello cabe recordar que deben intentar evitarse los ingresos en un hospital y que, si el proceso lo permite, el propio domicilio ofrece grandes ventajas para el anciano enfermo. Cualquier programa debe primar la actividad física. El encajamiento prolongado plantea problemas de difícil solución que va desde las posibles úlceras de decúbito hasta la dificultad de reincorporarse después de una actividad normal.

Por último, debe recordarse el problema de la comunicación y de la colaboración. El médico debe convencerse de que el anciano ha comprendido lo que se pretende de él y está dispuesto a llevarlo a efecto. En este sentido es importante asegurarse de forma simultánea la comprensión y deseo de colaboración de la familia o persona responsable. También hay que recordar y hacer ver al paciente que los tratamientos no lo son para toda la vida y que es necesario reevaluar de forma periódica la necesidad de mantenerlos, modificarlos o suprimirlos.

Prescripción de fármacos

El envejecimiento fisiológico y patológico determina cambios importantes en el organismo que debe considerarse al prescribir fármacos. Estos cambios afectan a la farmacodinámica, a la farmacocinética, a la aparición de efectos colaterales y a la de efectos tóxicos. Obligan a controles más cuidadosos y aconsejan establecer determinadas recomendaciones.

Por estas razones, es por lo que muchos médicos hemos adoptado que a los pacientes ancianos, se les deben evaluar detenidamente y si es posible y su patología lo permite, recomendar productos dietéticos y fitoterapéuticos así como tener en cuenta a la hora de recomendar fármacos valorar sus posibilidades de que pueda ser posible la farmacología homeopática que no suele tener efectos secundarios. De todas formas, si bien estos productos naturales no tienen efectos secundarios, pueden provocar una crisis curativa, es decir, que al servir de drenantes, el organismo puede entrar en una crisis aguda de su patología y ello es bueno, ya que lo que está sucediendo es que al eliminar el torrente de tóxicos que el organismo tiene de inmediato el mismo entra en esa crisis que le devolverá sus energías vitales y su salud, por ello, hay que preparar muy bien al paciente que les recomendamos estos productos farmacológicos y que estén avisados sobre lo que les puede pasar. Las crisis curativas son muy buenas y demuestran que las personas que las pasan, se recupera con mucha más prontitud que las que no las pasan, suelen durar entre 6 y 10 días aproximadamente y siempre hay que recibirlas con agrado, ya que es el primer paso para eliminar la enfermedad.

Desde el punto de vista farmacodinámico hay que recordar que el envejecimiento da lugar a cambios en más o menos en las respuestas

cualitativas y cuantitativas de numerosos receptores. Por ejemplo, las pérdidas en los receptores adrenérgicos son responsables de la incapacidad del anciano para alcanzar con el esfuerzo frecuencias cardíacas tan elevadas como el joven, o de su irregular respuesta al tratamiento con bloqueadores betaadrenérgicos.

La farmacocinética puede verse alterada en todas sus fases por los cambios fisiológicos producidos durante la vida. La absorción estará comprometida por los cambios en la función motora del tubo digestivo, así como por sus eventuales enfermedades previas (cirugía, gastritis atrófica, etc.). La distribución está alterada por la diferente composición de los flujos orgánicos, cambios en las proteínas transportadoras (la hipoalbuminemia es frecuente), diferente distribución de los volúmenes sanguíneos, disminución del flujo renal, o mayor facilidad para el paso de algunas barreras naturales (hematoencefálica). También se altera la biotransformación metabólica, sobre todo a través de los cambios hepáticos que acompañan al envejecimiento. Por último, también lo está el proceso de eliminación del fármaco, que suele ser más lento merced, sobre todo, a las pérdidas en el funcionamiento renal.

Todo ello lleva como consecuencia una mayor facilidad para la aplicación de efectos colaterales (aquellos no deseados, pero posiblemente en función del tipo de fármaco que se administra y bien tolerados por lo general) y, sobre todo, de efectos tóxicos (aquellos no tolerados ni deseados, que cabe considerar como iatrogenia). Los ejemplos posibles son infinitos. Uno de los más comunes es el derivado de la administración de diuréticos. El anciano tiene alterados sus mecanismos de la sed y es mucho más susceptible a la deshidratación. Los efectos no deseados pero previsibles y normalmente bien tolerados de algunos diuréticos (modificaciones electrolíticas, hiperuricemia, etc.), pueden convertirse en efectos tóxicos cuando se convierten en agentes de deshidratación y dan lugar a déficit de perfusión en el SNC, con trastornos de conducta o deficiencias funcionales objetivables clínicamente (vemos las tablas siguientes).

Todo ello conduce a la necesidad de reevaluar con frecuencia el tratamiento de controles clínicos frecuentes de su eficacia y si fuera necesario con control de concentraciones farmacológicas. Algunas normas elementales en este sentido especifican también estas tablas.

FACTORES QUE FAVORECEN LA PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS DE LOS FÁRMACOS EN EL ANCIANO:

Modificaciones en número y sensibilidad de los receptores.

Modificaciones en la composición de los fluidos orgánicos.

Hipoalbuminemia frecuente.

Pérdidas en el funcionamiento renal.

Pérdidas en el funcionamiento hepático.

Peor respuesta inmunitaria.

Problemas frecuentes de malnutrición.

Patologías múltiples asociadas.

Plurimedicación y automedicación.

Deterioro de la función mental con mal control de las tomas.

ALGUNAS NORMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN EL ANCIANO:

1. Utilizar el mínimo número de medicamentos.
2. Usar la menor dosis efectiva, el menor número de tomas y el menor tiempo posible.
3. Conocer bien el fármaco que se prescribe (eficacia, efectos no deseables, etc.).
4. Recordar que la yatrogenia es común en el anciano.
5. Pensar en la calidad de vida.
6. Establecer los balances de riesgo/beneficio y costo/beneficio.
7. Recurrir en lo posible a la vía oral.
8. Asegurarse de que el anciano entiende y acepta el plan propuesto.
9. Reevaluar el tratamiento cada poco tiempo.
10. Evaluar también la posibilidad de un tratamiento homeopático.
11. Recordar que la palabra y el cariño son el mejor medicamento.

Después de observar que el anciano es un paciente muy especial y a veces conflictivo, se debe evaluar siempre que tratamiento sería el mejor y menos agresivo, por ello hoy muchos médicos optamos por los remedios farmacológicos naturales que no tienen efectos secundarios y que tan buenos resultados ofrecen y mucho más en los casos de ancianos que suelen tener una multipatología con lo que hay que tratarles todo el organismo ya que dependen unos órganos de otros y cuando alguno de ellos no funciona adecuadamente hace que los otros se enfermen; por esta razón es prudente utilizar farmacología natural y dietética y nutrición.

CAPÍTULO V

SITUACIONES CLÍNICAS “DELIRIUM”

La atención sanitaria a los ancianos es uno de los principios por todos aceptado, de la política sanitaria de los países desarrollados. El progresivo envejecimiento de las sociedades más avanzadas a llevado a la búsqueda de una metodología planificada de atención médica, variando las características en los diversos sistemas de salud.

En los últimos años se ha asistido a gran cantidad de avances en el conocimiento sobre la biología y los cambios asociados al proceso de envejecimiento. En dichos estudios se ha podido contrastar cómo muchos de esos cambios son en realidad resultados de varios factores de riesgo potencialmente modificables, como sería la dieta, tabaco, inactividad, uso de fármacos e influencias psicosociales. Los principios de la medicina geriátrica, tal como se entiende hoy, surgieron de varias ideas, como que la vejez no es una enfermedad, que es esencial realizar un diagnóstico lo más exacto posible y que son curables al menos tratables muchas de las enfermedades que aparecen en esta época de la vida.

Aspectos comunes de la patología clínica en geriatría son:

1. La presentación habitual de una enfermedad se puede alterar por múltiple razones asociadas, sobre todo, en relación con la psicología cambiante del anciano. La forma de presentación atípica de la enfermedad puede ser el motivo para crear inquietudes hacia la especialidad de geriatría.
2. Presentación simultánea de muchas enfermedades, algunas de las cuales de importancia secundaria en sí mismas, pero que van a tener un efecto acumulativo sobre el estado general del paciente.
3. La plurifarmacia secundaria a la pluripatología, siendo necesario establecer un orden de prioridades a la hora de instaurar un tratamiento.
4. Necesidad de establecer unos cuidados continuados, pues es probable que reaparezca la enfermedad debido a la preexistencia de los factores causantes.
5. Mayor tendencia a la cronicidad e invalidez.
6. Frecuente aparición de incapacidades e invalideces. Una de las diferencias entre la forma de enfermar jóvenes y ancianos es la mayor prevalencia de enfermedades crónicas en estos últimos. Este tipo de entidades presentan una gran variabilidad en su evolución,

plantea problemas no sólo en el manejo clínico sino también en aspectos sociales y psicológicos, requiere grandes esfuerzos asistenciales para su alivio o mantenimiento y produce graves incapacidades.

La doctrina médica acepta abiertamente que las principales enfermedades a las que se enfrenta la medicina actual son las del adulto. Se sigue estudiando los principios clínicos y diagnósticos de enfermedades únicas y dando prioridad a lo curable frente a lo tratable. Mientras se considere de gran parte de las manifestaciones del anciano se deben al propio proceso de envejecimiento, se habrá perdido la oportunidad de realizar una intervención diagnóstica y terapéutica multidisciplinaria y satisfactoria en el colectivo de esta edad.

Para poder establecer un criterio de prioridades en el sentido de cuales son las situaciones clínicas más frecuentes en geriatría, es preciso realizar algunas consideraciones previas. La primera sería valorar lo que el anciano considera enfermedad. En este sentido cabe recordar a título de ejemplo que la mayor parte de nuestros ancianos carecen de dientes y tienen importantes pérdidas en los órganos de los sentidos y, sin embargo, pocos refieren espontáneamente estas circunstancias cuando se les pregunta por las enfermedades que padecen.

Para poder establecer un criterio válido de frecuencia en cuanto a las enfermedades que presentan a los ancianos y a la gravedad de las mismas, referente a las limitaciones que producen su morbilidad y mortalidad, se hará necesario recurrir a varias fuentes de información de forma simultánea. Las más importantes serían: el propio testimonio de los ancianos, el de los médicos que los atienden, los informes de alta hospitalaria, el análisis de las causas de muerte y los informes de autopsia. Con todo ello y en base a información de diferentes fuentes, algunas propias y otras tan contrastadas como las que aparecen en el libro blanco: El médico y la tercera edad, o en los anuarios del Instituto Nacional de Estadística, es posible establecer que en nuestro medio las patologías más comunes por encima de los 65 años son, por este orden: las metabólicas, incluyendo entre estas últimas la diabetes y las relacionadas con la nutrición. Más atrás quedan las digestivas, genitourinarias, de los órganos de los sentidos, etc.

desde una perspectiva geriátrica conviene tener en cuenta, de forma preferencial, los aspectos relativos a cronicidad e incapacidad, que afectan sobre todo a los mayores más viejos, y que muestran una mayor diferenciación con las mismas patologías cuando éstas aparecen en edades no geriátricas. En este sentido es interesante destacar que un estudio

amplio realizado en EE.UU., ponía de manifiesto que el 40% de la población con más de 85 años necesitaban ayuda permanente por parte de otra persona. Mostraba también que los cuatro procesos más frecuentes productores de incapacidad en este grupo de población eran, por este orden, los siguientes: demencia, artritis, enfermedad vascular periférica, y las secuelas de accidentes vasculares cerebrales. Paradójicamente, los procesos de alta prevalencia a estas edades y de gran gravedad en cuanto que son causas importantes de mortalidad como la cardiopatía isquémica y los tumores malignos, apenas producían incapacidades en el 2% de la población norteamericana de más edad.

Por todo ello, esta revisión va a estar orientada al análisis de aquellas alteraciones que: a) presentan claras diferencias en la población anciana; b) necesitan de una aproximación global, o c) se excluye habitualmente, por razones no siempre comprensibles, de los clásicos tratados de medicina general.

DELIRIUM

Es el problema psiquiátrico más frecuente y serio entre los ancianos. No debe entenderse como un diagnóstico, sino como una manifestación de una enfermedad orgánica subyacente que, con frecuencia, es reversible y que, por lo tanto, debe ser reconocida y tratada en sus primeras fases.

Entre los factores que predisponen al anciano a desarrollar Delirium se incluye el proceso de envejecimiento cerebral, enfermedades de las estructuras cerebrales, alteración de su capacidad de adaptación al estrés, deterioro de la visión y audición, reducción en la resistencia de enfermedades agudas, alta prevalencia de enfermedades crónicas y cambios relacionados con la edad en la farmacocinética y farmacodinámica de los medicamentos.

Definición. Es un estado confusional agudo de comienzo brusco y caracterizado por alteración del nivel de conciencia. Es una situación en principio reversible, acompañada a menudo de períodos lúcidos, con variaciones diurnas y empeoramiento nocturno. Existe una gran variedad en la forma de presentación, desde formas agitadas y letárgicas.

La terminología utilizada ha sido muy amplia, y así, con frecuencia, se denomina confusión aguda, síndrome cerebral agudo, seudosenilidad, etc. La clasificación actual del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III) ha establecido unos criterios y terminologías estrictos, veamos tabla.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DELIRUM

Disminución del nivel de conciencia.

Al menos dos de los siguientes trastornos:

- Alteración de la percepción.
- Lenguaje incoherente.
- Alteración del sueño.
- Aumento o disminución de la actividad psicomotriz

Desorientaciones y alteración de la memoria.

- Desarrollo en corto período de tiempo y fluctuaciones a lo largo del día.
- Evidencia a través de la anamnesis, examen clínico o de laboratorio de causa orgánica.

Causas. En la mayoría de los casos las causas son múltiples y pueden actuar simultáneamente. Se puede distinguir cuatro grandes grupos causales:

Alteración intracraneal primaria. Secundaria a hematoma subdural crónico, también denominado el gran imitador, que puede producir Delirium incluso sin claros antecedentes traumáticos y por accidentes cerebrovasculares isquémicos transitorios o establecidos, sobre todo los localizados en el hemisferio dominante y en el área presilviana.

Enfermedades sistémicas que afectan al cerebro secundariamente. Entre ellas cabe destacar, en la población anciana, la insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio, arritmias, procesos infecciosos de cualquier localización, trastornos metabólicos como hiponatremia e hipoglucemia, insuficiencia renal, retención urinaria, deshidratación impacto fecal y malnutrición.

Agentes tóxicos exógenos. Posiblemente la causa más frecuente en ancianos sea la intoxicación por fármacos, en especial aquellos con actividad anticolinérgica. El sistema colinérgico central se altera con el envejecimiento y por enfermedades degenerativas, haciendo al anciano más susceptible a los fármacos anticolinérgicos. Digoxina, cimetidina, hipotensores, antiarrítmicos, antiinflamatorios no **esteroideos** y benzodiazepinas, entre otros, pueden ser también responsables de cuadros confusionales en el anciano.

Factores ambientales. Cambios en la ubicación y deprivaciones sensoriales pueden llegar a precipitar el Delirium en el anciano.

Clínica. Aunque suele ser de comienzo brusco, puede tener pródromos entre los que se incluyen: pensamiento oscurecido, pérdida de atención y memoria y alteración en el sueño.

Se puede distinguir tres variantes clínicas: a) tipo hiperactivo-hiperalerta; el paciente se encuentra inquieto o y agitado, está predispuesto a agresiones consigo mismo; suele ser diagnosticado de demencia senil; b) tipo hipoactivo-hipoalerta; aparece letárgico, responde de forma lenta y tiende a ser diagnosticado como depresión, y c) tipo mixto; el comportamiento es impredecible, cambiando de hiper a hipoactivo y viceversa.

Suelen observarse anomalías en la percepción con alteraciones en la interpretación de estímulos sensoriales, llevado a ilusiones pobremente sistemizadas y de tipo persecutorio en el 50% de pacientes, alucinaciones visuales y/o auditivas en el 40%, e ideas paranoides, sobre todo nocturnas. Estas distorsiones son percibidas como reales y terroríficas por el propio paciente.

Alteraciones del sueño y del ritmo vigilia-sueño, con somnolencia diurna acompañante y sueño nocturno o fragmentado, son situaciones muy frecuentes.

También se puede observar, dentro de las manifestaciones clínicas, alteraciones de lenguaje, resultado de un deteriorado proceso del pensamiento, llegando desde parafrases hasta un lenguaje ilógico e incoherente.

La mayoría de estos cuadros se recuperan, aunque el 20% fallecen como consecuencia de la enfermedad subyacente; es una proporción de pacientes desconocida, el delirio es seguido de demencia o de otro síndrome mental orgánico.

Evaluación. En primer lugar habrá que tener un alto índice de sospecha, sobre todo en aquellos pacientes de alto riesgo. Entre estos se encuentran los ancianos en postoperatorio, con historia previa de deterioro cognitivo, con deprivaciones sensitivas y los que están tomando múltiples medicamentos sobre todo anticolinérgicos.

Para evaluar a estos pacientes, ante la sospecha de Delirium se realizará una batería de pruebas entre las que destacan el Mini Mental Status Examen, y la prueba del reloj.

Se procederá a una cuidadosa exploración clínica para descubrir la patología subyacente y causante de este cuadro.

En todo paciente con Delirium debemos determinar electrólitos, creatinina, función hepática, VSG y análisis de orina. Si con las anteriores determinaciones no se ha llegado a un diagnóstico, se ampliará el estudio

con electrocardiograma, radiología de tórax y abdomen, determinación de magnesio, calcio, fósforo, gasometría y osmolaridad. Las determinaciones de hormonas tiroideas, vitamina B₁₂ y concentraciones sanguíneas de fármacos se realizarán ante la sospecha clínica acompañante.

El EEG puede ser útil para distinguir varias formas etiológicas del Delirium. Cuando en la exploración neurológica se observen signos de localización, se realizará un TC craneal. Ante la existencia de fiebre de origen incierto y cuadro confusional, es obligatorio realizar un examen del LCR.

Tratamiento. Todos nuestros esfuerzos irán encaminados a descubrir la etiología. Para que ésta no se enmascare, debido a la toma de medicación, se suspenderá la misma o se reducirán las dosis.

El tratamiento del paciente con Delirium es de gran importancia poseer unos excelentes cuidados de enfermería, así como un apoyo familiar que pueda aliviar la ansiedad y desorientación. La utilización de objetos familiares como relojes, fotografías y calendarios, procurar un medio ambiente confortable, iluminado y un personal cuidador regular y sereno induce calma y confianza al paciente.

Cuando existe agitación acusada, alucinaciones, inquietud o miedo, puede ser necesaria la utilización de antipsicóticos. Al iniciar el tratamiento se comenzará con dosis bajas, que se aumentarán si no se ha obtenido los efectos deseados o si no desarrollan efectos tóxicos. La vida media de estos fármacos es el 20% más larga en los ancianos que en jóvenes. Entre los antipsicóticos más utilizados en el anciano se encuentran la tiorodazina y el haloperidol. La tiorodazina, fenotiazina piperacínica, a dosis de 100 mg/día, posee menores efectos antipsicóticos, efecto sedante potente debido a su bloqueo alfaadrenérgico, con pocas reacciones extrapiramidales y, sin embargo, marcados efectos anticolinérgicos. El haloperidol, butirofenona, a dosis de 0,5-1 mg/día, posee gran efecto antipsicótico, mínimo sedante y anticolinérgico y presenta gran tendencia a desarrollar efectos extrapiramidales.

Los hipnóticos, tranquilizantes menores y antidepresivos deben evitarse, pues pueden perpetuar e incluso intensificar el Delirium.

Podemos observar que la farmacología que se suele utilizar en estos casos tiene grandes efectos secundarios, por lo que hay que estudiar siempre la posibilidad de que el paciente pueda llevar un tratamiento a base de homeopatía o fitoterapia, sin descuidar la nutrición que es básica para un buen proceso curativo. No olvidemos que una gran mayoría de ancianos están desnutridos, porque ellos creen que comiendo es todo lo necesario para su salud, y la verdad es que no es comiendo, sino nutriéndose.

Los ancianos tienen que llevar una dieta con arreglo a sus posibilidades y que la misma sea suficiente para que estos estén nutridos, existen tres principios inmediatos en la alimentación que se deben cumplir a rajatabla para que también se cumpla el protocolo nutricionista en el organismo. El primero es la proteína, sin ella no podemos vivir, existen proteínas animales y vegetales y todas las que comamos de una fuente u otra deben contener todos los aminoácidos esenciales para que no nos falte este principio inevitable cada día. Tenemos que saber que las proteínas son alimentos que el organismo absorbe la cantidad que necesita y el resto de ellas no las acumula, ya que lo que se produce es una eliminación de las mismas, es por ello que se tienen que comer cada día, de lo contrario es muy fácil caer en la desnutrición. La segunda son las grasas, es el combustible que nuestro motor necesita para poder moverse y andar, lo que supone que también son imprescindibles en la dieta, pero hay que saber dos cosas importantes. La primera es que existen grasas saturadas y grasas polinsaturadas, y que el organismo sólo acepta sin ser intoxicado las últimas, de lo contrario estaremos elevando el colesterol, los triglicéridos y desequilibrando los colesteroles HDL y LDL, que son el bueno y el malo respectivamente y si realmente abusamos de las grasas saturadas, podemos obstruir nuestras arterias y crear un tapón donde le sea imposible circular el torrente sanguíneo, por lo mismo hay que evitar este tipo de grasas y no comerlas, pero tengan en cuenta que cantidad de alimentos las contienen y especialmente las carnes. Tenemos que saber de las grasas en general, que todo lo que nuestro organismo no quema lo acumulamos en forma de obesidad de mayor o menor cuantía, lo que significa que no se puede comer todo lo que queramos de estas. El tercero y último son los hidratos de carbono, estos son también combustible y energéticos además de otras funciones muy preciadas para que el organismo funcione adecuadamente, entre otras la regulación de la flora bacteriana e intestinal, son alimentos ricos en dar energía al organismo, pero tienen también el defecto que cuando el mismo quema lo que necesita de este nutriente, el resto lo acumula también en forma de obesidad y es de ahí, donde se puede observar que la gran mayoría de los ancianos están obesos.

Tenemos que conocer que de estos tres principios inmediatos nutrientes el ser humano necesita comer:

- Proteínas, 15%-
- Grasas Polinsaturadas, 25%
- Hidratos de carbono no refinados (integrales) 60%.

Es decir que entre todo lo que comemos hay que repartir estas proporciones para que estemos bien nutridos, de lo contrario, es posible que estemos comiendo y mucho, pero que sólo nos está sirviendo para crearnos una desnutrición.

Si además sumamos a todo ello que la mayor parte de los ancianos, suelen tener alguna enfermedad o varias a la vez, es todavía más necesario que éstos lleven una dieta especial puesta por el nutricionista para mantener los principios inmediatos y además, que estén en la proporción que necesita el paciente por su patología o multipatologías que tenga.

Para que esto sea como lo explico, tendremos que mentalizar al paciente para que sea disciplinado y coma con arreglo a sus necesidades según se lo aconseja su médico nutricionista.

Como base general expongo siete dietas para personas que tenga una o más patologías ancianas, que deberán comer de esta u otra forma muy similar para que no les falten esos nutrientes tan necesarios para tener la salud y la energía equilibrada.

No pretendo que sean tipo estándar, por eso estoy aconsejando que debe ser el médico nutricionista el que le ponga a cada cual la suya, pero si pretendo que usted tenga una base de más o menos como deben ser este tipo de dietas.

DIETA 1

Desayuno.

Vaso de leche vegetal de soja o de almendras con extracto de cereales o malta. Galletas integrales, untadas de margarina vegetal o mermeladas naturales, o bizcotes de pan integral tostados untados de aceite de oliva virgen extra.

Media mañana.

Vaso de zumo de naranjas o de otra fruta (no mezclar frutas)

Almuerzo.

Ensalada de verduras variada

Plato de sopa vegetal

Salmón a la plancha o bacalao desalado

Una o dos piezas de fruta de la época sin mezclar unas con otras.

Pan integral tostado o colines integrales.

Merienda.

Vaso de zumo natural de fruta o infusión de Té verde

Cena.

Judías verdes rehogadas.

Pescadilla enroscada.

Flan de vainilla,

Pan colines integrales.

DIETA 2.

Desayuno.

Vaso de leche vegetal de soja o de almendras con extracto de cereales o malta. Galletas integrales untadas de margarina vegetal o mermeladas naturales.

Media mañana.

Vaso de zumo de naranjas o de otra fruta.

Almuerzo.

Ensalada de verduras variada

Potaje de legumbre de soja verde en salsa de almendras.

Una o dos piezas de fruta de la época sin mezclar unas con otras

Pan integral tostado o colines integrales

Merienda

Vaso de zumo natural de fruta o infusión de té verde

Cena

Acelgas rehogadas.

Queso fresco y blanco

Natillas de vainilla o puding,

Pan integral en colines

DIETA 3.

DESAYUNO

Vaso de leche vegetal de soja o de almendras con extracto de cereales o malta. Galletas integrales untadas de margarina vegetal o mermeladas naturales.

Media mañana

Vaso de zumo de naranjas o de otra fruta

Almuerzo

Ensalada de verduras variadas.

Sopa de fideos glutinados o integrales

Pescado (gallos a la plancha)

Una o dos piezas de fruta de la época sin juntar unas con otras

Pan integral tostado o en colines integrales.

Merienda

Vaso de zumo natural de fruta o infusión de té verde

Cena

Espárragos con mayonesa vegetal de alcachofas o zanahorias, o si la prefiere normal hechas con aceite de semillas (girasol, maíz, etc.)

1 yogur biolactífero natural

Pan colines integrales.

DIETA 4.

Desayuno

Vaso de leche vegetal de soja o de almendras con extracto de cereales o malta. Galletas integrales untadas de margarina vegetal o mermeladas naturales. Si lo prefiere bizcote de pan integral tostado con aceite de oliva virgen extra.

Media mañana

Vaso de zumo de naranjas o de otra fruta.

Almuerzo

Ensalada de verduras muy variadas

Potaje de lentejas hechas con verduras y arroz integral

Una o dos piezas de fruta de la época sin mezclar unas con otras

Pan integral tostado o colines integrales

Merienda

Vaso de zumo natural de fruta o infusión de té verde.

Cena

Acelgas rehogadas

Tortilla de vegetales de 1 sólo huevo)

Flan de vainilla

Pan integral en colines

DIETA 5

Desayuno

Vaso de leche vegetal de soja o de almendras, con extracto de cereales o malta. Galletas integrales untadas de margarina vegetal o de mermeladas naturales. Si lo prefiere bizcote de pan integral tostado con aceite de oliva virgen extra.

Media mañana

Vaso de zumo de naranjas o de otra fruta

Almuerzo

Ensalada de verduras muy variada

Sopa vegetal

Sardinas o júreles a la plancha

Una o dos piezas de fruta de la época sin mezclar unas con otras

Pan integral tostado o colines integrales.

Merienda

Vaso de zumo de fruta o infusión de té verde.

Cena

Acelgas rehogadas

Requesón con miel

Manzana cocida al horno

Pan colines integrales.

DIETA 6.

Desayuno

Vaso de leche vegetal de soja o de almendras con extracto de cereales o malta. Galletas integrales untadas de margarina vegetal o mermeladas naturales.

Media mañana

Vaso de zumo de naranjas o de otra fruta

Almuerzo

Ensalada de verduras muy variada

Potaje de legumbre de soja roja con verduras

Una o dos piezas de fruta de la época sin mezclar unas con otras

Pan bizcotes integrales tostados o colines integrales.

Merienda

Vaso de zumo natural de fruta o infusión de té verde

Cena

Corazones de alcachofas rehogados

Merluza a la plancha (una o dos rodajas)

Flan de vainilla o natillas o puding

Pan colines integrales.

DIETA 7.

Desayuno

Vaso de leche vegetal de soja o de almendras con extracto de cereales o malta. Galletas integrales untadas de margarina vegetal o mermeladas naturales.

Media mañana

Vaso de zumo de naranjas u otra fruta

Almuerzo

Ensalada de verduras muy variada

Arroz integral en paella con pescado y coliflor o hecha con verduras simplemente.

1 yogur biolactífero

Pan integral en bizcotes o colines

Merienda

Vaso de zumo de fruta de la época o infusión de té verde.

Cena

Berenjenas fritas con melaza de caña (miel de caña)

Queso fresco y blanco.

Natillas o flan de vainilla

Pan colines integrales.

Estas dietas están pensadas para que se haga una cada día de la semana.

CAPÍTULO VI

ESTADOS DEPRESIVOS

La depresión es, probablemente, el ejemplo común de enfermedad inespecífica y de presentación atípica. Esto conlleva a errores diagnósticos con repercusiones tanto para el paciente como el medio familiar.

Los síntomas depresivos son frecuentes entre los ancianos. Se estima que el 10% de los que viven en su domicilio presentan tristeza o humor disfórico y cerca del 5% un cuadro clínico de depresión. La prevalencia de estas entidades aumenta en pacientes hospitalizados o que viven en residencias. Utilizando los criterios de la DSM-III, el National Institute of Mental Health Epidemiological Area Program estimó una prevalencia de depresión mayor del 1% en varones y del 3,6% en mujeres mayores de 65 años.

Causas:

Varios factores biológicos, psicológicos y sociológicos pueden predisponer el desarrollo de depresión. Los cambios que ocurren, como consecuencia del paso de los años, a nivel del SNC, tales como aumento de la actividad monoaminoxidasa y disminución de la concentración de neurotransmisores, sobre todo catecolaminérgicos, pueden desempeñar un papel básico en el desarrollo de la depresión. Se han postulado hipótesis bioquímicas, como la noradrenérgica y la indolamínica, para explicar la génesis de la depresión. En los últimos años se está prestando especial atención a las modificaciones de los receptores betaadrenérgicos postsinápticos y α -2 presinápticos.

Las pérdidas son comunes en los ancianos. Las de tipo físico pueden llevar a una disminución en su capacidad de autocuidados y a deprivaciones sensoriales que dan como resultado una pérdida de independencia y aislamiento. Las pérdidas laborales, económicas y de apoyos sociales también favorecen el desarrollo de la depresión.

La existencia pluripatológica orgánica, enfermedades crónicas e invalidantes y la plurifarmacia son factores que pueden disponer la aparición de síndromes en el anciano.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

El dato más característico, aunque no siempre el más relevante, es la tristeza. A él se añaden síntomas emocionales, cognitivos, alteraciones

perceptivas, de la memoria, trastornos del sueño, del apetito, alteraciones de la motricidad y, sobre todo, alteraciones somáticas.

El diagnóstico de los estados depresivos es básicamente clínico. Debido a la existencia de síntomas atípicos, debemos acordar unos criterios rígidos, como los que se establecen en el DSM-III, para un correcto diagnóstico (ver tabla).

La gran mayoría de las pruebas utilizadas en el diagnóstico de depresión no han sido validadas para ancianos. El Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS) puede ser útil en ancianos deprimidos, físicamente enfermos y con deterioro cognitivo.

Otro método utilizado es la prueba de supresión de la dexametasona: la administración de 1 mg por vía oral de dexametasona suprime la liberación de cortisol por la glándula suprarrenal. Se observó que en pacientes deprimidos no se producía la citada supresión. Esta prueba produce hasta el 50% de falsos negativos. Los ancianos tienen más tendencia a presentar falsos positivos debido a deshidratación, fiebre, pérdida de peso y fármacos.

TABLA DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN MAYOR

1. Estado De ánimo disfórico.
Pérdida de interés y capacidad de gozar.
2. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han de estar presentes, de forma continua, durante un mínimo de dos semanas.
Pérdidas de apetito o de peso, aumento de apetito o de peso, insomnio o hipersomnia.
Agitación o elentecimiento psicomotriz.
Pérdida de energía.
Sentimiento de inutilidad, autorreproche o culpa excesiva.
Disminución de la capacidad de concentración.
Ideas suicidas o deseos de muerte.
3. Cuando no esté presente el trastorno anímico, dominan el cuadro Clínico ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
4. No hay sobreañadida una esquizofrenia, trastornos esquizofrénicos, ni un trastorno paranoico.
5. El cuadro no se debe a un trastorno mental orgánico o duelo no complicado.

ASOCIACIONES

Una amplia variedad de enfermedades físicas pueden presentarse o estar acompañadas de síntomas y signos de depresión. Varios factores determinan la respuesta emocional ante una enfermedad física: a) gravedad, órgano afecto y tiempo de evolución; aquellas enfermedades que producen cambios de imagen, dolor crónico, incapacidad y un tiempo de evolución corto producen una respuesta psicológica más agresiva; b) factores relacionados con el paciente como experiencias previas y la estructura de su personalidad premórbida, y c) la respuesta a la hospitalización, los efectos de la enfermedad en sus relaciones familiares, miedo a la muerte y la eficacia de la relación médico-enfermo.

Entre las enfermedades claramente relacionadas con la depresión destacaremos:

1. Cáncer. La relación puede basarse en la existencia de metástasis cerebrales, aumento de la presión intracraneal, depresión del sistema inmune o síndrome paraneoplásico, como ocurre en el carcinoma de páncreas.
2. Cardiovasculares. El 22% de los pacientes menores de 70 años tienen carácter depresivo después de un infarto agudo de miocardio, y de ellos el 70% lo mantienen después de un año de evolución.
3. Cerebrovasculares. La depresión es una complicación específica del accidente vascular cerebral agudo (AVCA). Aquellos pacientes con lesión en el hemisferio anterior izquierdo tienen más riesgo de depresión.
4. Parkinson. Existe una incidencia del 40-90%, que es mayor en hembras que en varones.
5. Alzheimer. La depresión puede acompañar las primeras etapas de la enfermedad demenciante y producir un cuadro de seudodemencia.
6. Otras. Hipo/Hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anemia perniciosa, artritis reumatoide, etc.

Además de las enfermedades antes citadas, ciertos fármacos por si mismos o por sus efectos secundarios pueden agravar la depresión existente o mimetizar sus síntomas. Entre dichos fármacos cabe mencionar: digital, reserpina, alfa-glucocorticoides, inmunosupresores y citotásticos, entre otros.

Tratamiento. El tratamiento de elección para un paciente depende de múltiples factores, entre los que se incluyen la enfermedad primaria, gravedad de los síntomas y las sustituciones acompañantes que puedan contraindicar un determinado tratamiento. Entre los diversos abordajes terapéuticos destacaremos los siguientes:

Como factor de no influir más químicamente en el organismo y siempre que las circunstancias lo permitan, se debe actuar con fórmulas homeopáticas a base de Arándano (mirtilo bayas) y Hipérico (hierba de San Juan), ambas juntas tienen efectos muy positivos para el tratamiento de la depresión en tiempo relativamente corto y sin efectos secundarios. Hoy de venta en todas las farmacias y sin tener un precio abusivo, por lo que si el médico lo considera oportuno, debería actuar con estos medicamentos y otros que también existen a nivel fitoterapéutico como es el caso de la: angélica, rusco, hamamelis etc. De no ser posible porque el caso del paciente así lo exija, echaremos manos de los siguientes:

Antidepresivos tricíclicos. Son los fármacos de primera elección. El tipo de fármaco a utilizar dependerá de: efecto de la edad en su farmacocinética, historia de respuesta previa, condición física del anciano y conocimiento de los efectos secundarios.

Los antidepresivos tricíclicos los podemos subdividir en: a) aminas terciarias como la amitriptilina, imipramina y doxepina, y b) aminas secundarias como desipramina, nortriptilina y protriptilina.

En los ancianos suele existir una aclaración hepática y renal alterada, con una disminución del volumen de distribución. El resultado global es un aumento de la vida media con acumulación y elevación de sus concentraciones plasmáticas y, por lo tanto, unos efectos secundarios más pronunciados. Entre éstos, los más peligrosos son los cardíacos, aunque los más frecuentes son los anticolinérgicos y la sedación.

Las contraindicaciones para el uso de antidepresivos tricíclicos son: la existencia de glaucoma, hipertrofia prostática, epilepsia o durante las fases de recuperación de un infarto agudo de miocardio.

Estos fármacos interaccionan en los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) y, debido a su efecto aditivo, se puede llegar a un efecto tóxico. También incrementan la actividad anticoagulante de la warfarina. Otros fármacos que han de utilizarse con precaución son las hormonas tiroideas, diuréticos y cimetidina.

Los pacientes que mejor van a responder a estos fármacos son aquellos que presentan síntomas endógenos prominentes como pérdida de peso, agitación o retardo psicomotor y cambios de humor, historia personal previa o familiar de respuesta a los tricíclicos y aquellos con síntomas

permanentes y descenso de la capacidad funcional. Por el contrario, tendrán una pobre respuesta en los hipocondríacos, histéricos y aquellos con ilusiones.

Debido a las mayores concentraciones plasmáticas encontradas en los ancianos, se comenzará con dosis de amitriptilina, imipramina o desipramina de 25 mg/día que se incrementará cada 4-7 días hasta una dosis máxima de 100 mg/día o hasta que aparezcan efectos secundarios (Vemos tabla siguiente). Una vez que se haya obtenido la remisión completa de los síntomas, la dosis debe reducirse gradualmente cada 14 días. Debido a que las depresiones en los ancianos son de larga duración, se debe contemplar la posibilidad de tratamientos a largo plazo, y para ello es idónea la homeopatía ya que carece de efectos secundarios en las dosis recomendadas.

Con los fármacos tradicionales o mejor dicho psicofármacos, se suelen tener efectos secundarios tales como: sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, taquicardia, palpitaciones, arritmias, hipertensión arterial e íleo paralítico.

Antidepresivos de segunda generación. Entre ellos cabe destacar:

- a) Trazodona. Posee una acción similar a la imipramina pero con menos efectos secundarios. Tiene un efecto similar al de la serotonina, con acción sedante y reduce las fases REM del sueño. Las dosis inicial es de 150 mg/día y se aumenta 50 mg cada 3-4 días hasta alcanzar una dosis máxima de 400 mg/día. Como efectos secundarios destacan: sequedad de boca, síncope, náuseas, vómitos, anemia, arritmias en pacientes con enfermedad cardíaca previa, confusión e insomnio.
- b) Maprotilina. Tiene una vida media muy larga, superior a 72 horas, y posee los últimos efectos secundarios que la imipramina. La dosis de inicio es de 75 mg/día en una sola toma nocturna, y en episodios de depresión grave se puede llegar a utilizar hasta 150 mg/día. La dosis de mantenimiento recomendada es de 75.150 mg/día.
- c) Fluoxetina. Tiene una vida media muy larga, y como efectos secundarios destacan nerviosismo, ansiedad, insomnio, náuseas y pérdida de peso. Puede ser utilizada en pacientes con arritmias o alteraciones de conducción.

TABLA DE ANTIDEPRESIVOS EN ANCIANOS:

	Dosis de inicio (mg/día)	Dosis de mantenimiento (mg/día)
Amitriptilina	10-25	25-100
Doxepina	10-25	15-150
Nortiptilina	10	10-100
Maprotilina	10-25	25-150
Trazodona	50	50-300
Fluoxetina	20	60-80

Inhibidores de la MAO (IMAO). Su mecanismo de acción consiste en aumentar la concentración de adrenalina endógena, noradrenalina y serotonina.

Los ancianos responden a los IMAO mejor que los jóvenes, aunque estos fármacos deben evitarse por sus reacciones adversas como la crisis hipertensiva. La fenalzina, el IMAO más utilizado, es útil en ancianos, sobre todo para aquellos con síntomas atípicos como hipocondrías, fobias, ansiedad, irritabilidad y depresión con demencia. A dosis de 15-60 mg/día poseen pocos efectos secundarios; entre ellos destaca el insomnio, temblor, manías, sequedad de boca, estreñimiento, vértigo, ataxia, acatisia, euforia, fotosensibilidad, nistagmo, retención urinaria e hipotensión ortostática. La reacción adversa más importante es la crisis hipertensiva, que es el resultado de la interacción entre IMAO y alimentos que contienen tiramina o fármacos simpaticomiméticos.

Litio. Es el fármaco de elección en el tratamiento de la manía aunque puede utilizarse también en la profilaxis de depresión uní y bipolar, y puede mejorar la respuesta en los antidepresivos tricíclicos. La dosis a utilizar es de 600-900 mg/día, con lo que se conseguirán más concentraciones plasmáticas entre 0,6-1,2 mEq/L. Los efectos secundarios son: trastornos gastrointestinales en el 30%, cansancio en el 30% y temblor en el 50% de los casos. En largos tratamientos pueden aparecer polidipsia, poliuria y nefrotoxicidad. El 2% de los pacientes tratados, sobre todo ancianos, pueden desarrollar hipotiroidismo.

La toxicidad por litio es más frecuente en ancianos y puede ocurrir con concentraciones plasmáticas dentro del intervalo de la normalidad. Los

efectos tóxicos incluyen: temblor, convulsiones, hiperreflexia y coma que lleva a la muerte.

Entre los fármacos que pueden interactuar con el litio se incluyen diuréticos, antipsicóticos y antiinflamatorios no esteroideos.

Se deben medir las concentraciones sanguíneas una o dos veces por semana hasta que se alcancen niveles estables.

El litio es uno de los mejores minerales para tratar las enfermedades depresivas-psicóticas, pero como vemos, tienen efectos tóxicos muy altos. Ante estas posibles intoxicaciones y sus efectos, hace tiempo que muchos médicos hemos optado por recomendar el litio de forma homeopática y en diluciones de 4 CH – 15 CH máximo, con ello no tenemos el problema de los efectos que como vemos suele tener el litio.

Combinación de fármacos. Antes de utilizarla se debe realizar un periodo de lavado.

La triyodotironina con antidepresivos cíclicos puede aumentar la respuesta al tratamiento, al incrementar la sensibilidad de los receptores noradrenérgicos centrales. Bajas dosis de estrógenos han demostrado aumentar los efectos de los antidepresivos tricíclicos.

Se puede utilizar psicoestimulantes como metilfenidato o dexatranfetamina a dosis de 20-40 mg/día y 10-20 mg/día respectivamente.

La depresión agitada es frecuente en ancianos, y en estas situaciones se puede utilizar un ansiolítico con débil propiedad antidepresiva como el alprazolam.

Electrochoque. Está indicado en aquellos pacientes que no responden al tratamiento médico o en los que su situación clínica no permite la utilización de antidepresivos.

En ancianos posee más complicaciones (35%) que en jóvenes (18%). Entre ellas destacan las caídas, confusión y alteración de la memoria y cardiorrespiratorias, entre otras. Las formas de administración unilateral (sobre el hemisferio dominante) pueden ser un método útil en ancianos. La dosis utilizadas es de dos o tres sesiones por semana hasta un total de seis u ocho.

Psicoterapia. Medidas de soporte y psicoterapia, a menudo olvidadas en el arsenal terapéutico, son muy útiles en el tratamiento de las depresiones moderadas. No obstante, hay poca información sobre la eficacia de las diversas formas de psicoterapia en el anciano.

Pronóstico. El tratamiento debe mantenerse al menos 6 meses en aquellos pacientes especialmente vulnerables; así, aquellos en los que la enfermedad comienza después de los 50 años necesitan tratamiento

durante largos períodos. En un estudio clásico de MURPHY se observa que en pacientes depresivos mayores de 65 años, al año de evolución el 35% tenía curación, el 29% continuaba enfermo, el 19% presentó recaídas, el 3% desarrolló demencia y el 14% falleció.

El riesgo de suicidio aumenta con la edad; presenta alto riesgo aquellos pacientes con enfermedad física grave, enfermedad mental y situación de extrema dependencia. Los factores psicosociales como la soledad, pérdida de cónyuge, jubilación y procesos patológicos asociados también presentaban mayor frecuencia de suicidios. Así, se viene observando y año tras año aumentan los suicidios por estas razones extremas.

Después de observar con la gran facilidad que los ancianos suelen tener depresión, tenemos que pararnos a meditar y ver en esa meditación porque se llega a estas situaciones tan extremas, la observación nos lleva: a) Ahora no existe la familia tradicional y por ello los ancianos se sienten desplazados totalmente, esto es una fuente de desarrollo de la depresión, piensan que han perdido el tiempo en su vida y que no ha merecido la pena todo el esfuerzo que tuvieron que hacer para sacar a su familia adelante, con lo que la impotencia al ver lo que han conseguido que es prácticamente lo contrario les hace depresionarse; b) Al sentirse solos o a veces en residencias que no pueden cumplir nunca por más que se lo propongan el papel de la familia, se suelen interiorizar y se vuelven sumisos y no quieren tener relaciones con nadie, es más, les da igual vivir que no hacerlo y por lo tanto es fácil acarrear la muerte en esta situación, y c) No todos los ancianos están preparados para vivir en una residencia, para ellos es como estar en un hospital ingresados porque están enfermos, así se sienten inútiles y despreciados y además solos, teniendo en cuenta que la misma situación de estar en la residencia, les hace pensar que están allí porque están enfermos, todo ello se suma a la edad avanzada y a veces a las multipatologías que suelen tener y se produce una depresión que a veces suele ser la causa de la muerte en estos ancianos.

Todo ello nos lleva a pensar que la sociedad que hemos construido no es buena para nosotros mismos que antes o después seremos ancianos y estaremos en esas condiciones de falta de familia.

Hemos perdido los valores grandes y profundos del amor en familia, ya nadie se quiere y nos da igual querer o no a nuestros mayores, no se les tiene en cuenta para nada y nos olvidamos que si somos algo en la vida es gracias al gran esfuerzo que ellos tuvieron que hacer sacrificando muchos de sus gustos para que nosotros pudiésemos estudiar o simplemente aprender un oficio; ya nada tiene importancia y vamos camino del desastre

Familiar total, y una sociedad donde la familia no funcione es una sociedad muerta. En todos los periodos que han tenido nuestra raza Aria, desde que inicio su camino en la Tierra con su primera surraza, en la edad de Oro, donde la familia y el amor de unos para con otros era lo primordial, es decir que se vivía con verdadero amor, se daba amor a raudales y sin pedir nada a cambio, de ahí vienen las raíces de la familia, pero ahora en esta edad de hierro que estamos viviendo se ha desnaturalizado todo y lo único que nos interesa es la falsa posición a la que todos aspiramos, creyendo que ésta es la que nos va a dar la verdadera felicidad y del resto nos hemos olvidado y ya nada tiene valor ni posibilidades de tenerlo, con ello estamos consiguiendo que la vida en nuestro planeta se agote y también el planeta es un anciano por culpa de todos nosotros.

Se está cumpliendo las profecías, que la Santa Biblia nos enseña en Daniel 2:1-3, que dicen así: Y en el segundo año de la gobernación de Nabucodonasor, éste soñó sueños y su espíritu empezó a sentirse agitado, y su mismo dormir se le hizo algo que estaba más allá de él. De modo que el rey dijo que se llamara a los sacerdotes practicantes de magia y a los sortílegos y a los hechiceros y a los caldeos para que ellos informaran al rey los sueños de él. Y ellos precedieron a entrar y a estar de pie delante del rey. Entonces el rey les dijo: hay un sueño que he soñado, y mi espíritu está agitado por saber el sueño.

Nadie supo interpretar este sueño y el rey se enfado muchísimo, hasta que como también nos cuenta la Santa Biblia en Daniel 2: 14-43. En aquel tiempo, Daniel, por su parte, se dirigió con consejo y buen sentido a Arioc jefe de la guardia de coros del rey, quien había salido a matar a los sabios de Babilonia. Respondía y decía a Arioc el oficial del rey: ¿Porqué razón hay orden tan dura de parte del rey? Entonces fue Arioc hizo saber el asunto mismo a Daniel. De modo que Daniel mismo entró y pidió del rey que le diera tiempo con el propósito específico de mostrar la interpretación misma del rey, después de eso Daniel se fue a su propia casa; e hizo saber el asunto a Ananás, Misael y Azarías, sus compañeros, hasta (para que ellos) pidieran misericordias de parte del Dios del cielo respecto a este secreto, para que no destruyeran a Daniel y sus compañeros con los demás sabios de babilonia.

Entonces fue cuando Daniel, en una visión de la noche, le fue revelado el secreto. Por consiguiente, Daniel mismo bendijo al Dios del cielo. Daniel respondía y decía: que el nombre de Dios llegue a ser bendito de tiempo indefinido aun hasta tiempo indefinido, porque la sabiduría y el poderío...porque pertenecen a él. Y él cambia tiempos y sazones, remueve

reyes y establece reyes, da sabiduría a los sabios y conocimiento a los que conocen el discernimiento. Revela las cosas profundas y las cosas ocultas, y sabe lo que está en la oscuridad, y con él de veras mora la luz. A ti, oh Dios de mis antepasados, doy alabanza y encomio, porque sabiduría y poderío me has dado. Y ahora me has hecho saber lo que solicitamos de ti, porque nos has hecho saber el asunto mismo del rey.

Debido a esto, Daniel Mismo fue a Arioc, al quien el rey había nombrado para destruir a los sabios de Babilonia. Fue, y esto fue lo que dijo: “No destruyas a ninguno de los sabios de Babilonia. Llévame delante del rey, para mostrar la interpretación misma al rey.

Entonces fue cuando Arioc, de prisa, llevó a Daniel delante del rey, y esto fue lo que le dijo a éste: “He hallado a un hombre físicamente capacitado de los desterrados de Judá que puede hacer saber al rey la interpretación misma. El rey respondía y decía a Daniel, cuyo nombre era Beltasar. ¿Eres lo suficientemente competente como para hacerme saber el sueño que contemplé, y su interpretación? Daniel respondía delante del rey decía: “El secreto que el rey mismo pide, los sabios, los sortílegos, los sacerdotes practicantes de magia y los astrólogos mismos no pueden mostrarlo al rey. No obstante, existe un Dios en los cielos que es un revelador de los secretos, y él ha hecho saber al rey Nabucodonosor lo que ha de ocurrir en la parte final de los días. Tu sueño y las visiones de tu cabeza sobre tu cama... esto es:

“En cuanto a ti, oh rey, en tu cama subieron tus propios pensamientos tocante a lo que ha de ocurrir después de esto, y Aquel que es el revelador de secretos te ha hecho saber lo que ha de ocurrir. Y en cuanto a mí, no por ninguna sabiduría que exista en mi más que en cualesquiera otros que estén vivos me es revelado este secreto, excepto con la intención de que la interpretación que dé a conocer al rey mismo, y que conozcas los pensamientos de tu corazón.

“Tu, oh rey, estabas contemplando, y, ¡mira!, cierta imagen inmensa. Aquella imagen, que era grande y cuyo resplandor era extraordinario, estaba de pie enfrente de ti, y su apariencia era pavorosa. En lo que respecta a aquella imagen, su cabeza era de buen oro, sus pechos y sus brazos eran de plata, su vientre y sus muslos eran de cobre, sus piernas eran de hierro, sus pies eran parte de hierro y parte de barro moldeado. Seguisteis mirando hasta que una piedra fue cortada, no por manos, y dio contra la imagen en sus pies de hierro y de barro moldeado, y los trituró. En aquel tiempo el hierro, el barro moldeado, el cobre, la plata y el oro fueron, todos juntos, triturados, y llegaron a ser como el tamo de la era del verano, y el viento se los llevó, de modo que no se halló ningún rastro de

ellos. Y en cuanto a la piedra que dio contra la imagen, llegó a ser una gran montaña y llenó toda la tierra.

Este es el sueño y su interpretación la diremos delante del rey. Tú, oh rey de reyes, tú a quien el Dios del cielo ha dado el reino, la potencia y la fuerza y la dignidad, y en cuya mano ha dado doquiera que estén morando los hijos de la humanidad- las bestias del campo y las criaturas aladas de los cielos, y a quien él ha hecho gobernante sobre todos ellos tú mismo eres la cabeza de oro.

Y después de ti se levantará otro reino inferior a ti y otro reino, uno tercero, de cobre, que gobernará sobre toda la tierra.

Y en cuanto al cuarto reino, resultará ser fuerte como el hierro. Puesto que el hierro tritura y muele todo lo demás, así, como el hierro que destroza, tritura y destroza aun a todos estos.

Y como contemplases que los pies y los dedos de los pies eran en parte de barro moldeado de un alfarero y en parte de hierro, el reino mismo resultará dividido, pero algo de la dureza del hierro resultará haber en él, puesto que contemplaste al hierro mezclado con el barro húmedo. Y en cuanto a que los dedos de los pies sean en parte hierro y en parte barro moldeado, el reino en parte resultará fuerte y en parte resultará frágil. Como contemplaste hierro mezclado con barro húmedo, llegarán a estar mezclados con la prole de la humanidad; pero no resultará que se mantengan pegados, este a aquel, tal como el hierro no se mezcla con el barro moldeado.

Al profeta Daniel le fue revelado los sueños del rey Nabucodonosor de Babilonia, y lo que se puede deducir de este gran sueño revelativo de la humanidad es toda la trayectoria de los tiempos que cada raza tenemos en el planeta. Nuestra raza Aria, se inicio en esa edad de oro que nos habla la revelación al rey Nabucodonosor y que el Profeta Daniel le interpreta con tanto acierto, es preciso que entendamos que después de esa edad de oro, vino la edad de plata, y después de la cobre y ahora estamos en la edad de hierro, en la que tiene una estructura de hierro duro pero con los pies de barro húmedo, lo que significa que nuestra surraza tiene muy endebles los cimientos y por lo tanto se está tambaleando poco a poco hasta el punto de haber perdido toda su firmeza y con ello hemos llegado a la decadencia total de los habitantes que estamos en el planeta y hemos convertido nuestras vidas en un monstruo de hierro con los pies de barro.

Realmente estamos en final de nuestros días como raza en la tierra, será preciso que todos tengamos la edad que tengamos, que cambiemos nuestra forma de vida y con un cambio total y profundo hacia la espiritualidad y el servicio total a nuestros semejantes, empezando por los ancianos.

CAPÍTULO VII

CAÍDAS

Las caídas son un problema clínico importante entre los ancianos por su frecuencia y consecuencias físicas, psíquicas y sociales.

La incidencia depende de la ubicación del anciano. En el domicilio se producen 0,5 caídas por año. El 5% de ellas causan importantes lesiones. Uno de cada 40 pacientes debe ser hospitalizado como consecuencia de las caídas.

En residencia de ancianos la prevalencia de caídas es de 2 personas y año. De éstas el 10-25% producen lesiones, y el 2,4% suponen fracturas.

En hospitales hay una prevalencia de 1,5 caídas por persona y año. La caída de medio hospitalario produce una cascada de reacciones que pueden acabar con la muerte o con el traslado a un nivel residencial.

CAUSAS:

Varios factores relacionados con la edad, que suelen interactuar con un medio agresivo y peligroso, contribuyen a la inestabilidad y caídas.

Los sistemas visual, auditivo, neurológico y musculoesquelético deben trabajar en perfectas condiciones para mantener el equilibrio o responder ante situaciones inesperadas.

La visión es importante para mantener la estabilidad tanto en reposo como en movimiento. La disminución en la agudeza y campo visuales en la percepción de colores y en la sensibilidad de los contrastes son hechos objetivables en los ancianos.

La función vestibular contribuye a la orientación espacial, tanto en reposo como en movimiento. En los ancianos es habitual encontrar depósitos cálcicos a nivel del órgano de Corti. La consecuencia es una pérdida de equilibrio sobre todo ante la realización de movimientos bruscos.

El sistema propioceptivo contribuye a la estabilidad, sobre todo ante cambios posicionales, deambulación por superficies irregulares o cuando otros sentidos están alterados. En el anciano se observa una disminución en los estímulos propioceptivos. La velocidad de conducción nerviosa y la fuerza y contracción muscular también disminuyen con el paso de los años.

Con la edad se han observado cambios en la marcha. Los ancianos tienden a desarrollar una postura en flexión y una base de sustentación ampliada.

Es frecuente observar una marcha lenta de pasos cortos y arrastrando los pies con una disminución en el balanceo de miembros superiores.

Las enfermedades degenerativas osteoarticulares, de alta prevalencia entre los ancianos, pueden causar dolor, inestabilidad, cansancio e incluso alteraciones neurológicas que predisponen a caídas. Problemas podológicos en forma de callosidades y hallux valgus pueden causar dolor, deformidades y alteraciones de la marcha.

El deterioro en las funciones cognitivas favorecen el desarrollo de un medio ambiental inseguro.

Para una mejor comprensión las caídas se dividirán, aunque de forma oficial, en tres grandes grupos etiológicos:

CAÍDAS ACCIDENTALES

El 37% de las caídas son accidentales. Sin embargo, los accidentes ocurren habitualmente en presencia de una situación subyacente que incrementa la posibilidad de los mismos.

Los riesgos ambientales deben ser bien evaluados, sobre todo en pacientes con deprivaciones sensoriales. Así, en pacientes con problemas visuales, una habitación oscura y con alfombras o felpudos pueden favorecer las caídas.

Las escaleras son una fuente permanente de peligro, de tal forma que el 85% de todas las muertes accidentales ocurren en ellas. Otros lugares especialmente peligrosos para accidentes son la cocina y el baño, que deben ser cuidadosamente valorados.

CAÍDAS SIN SÍNCOPE

El 20-25% de las caídas ocurren sin accidentes ni síncope.

Las principales causas incluyen los drop-attacks, la hipotensión ortostática, el vértigo, los problemas neurológicos y psicológicos.

El drop-attack se describe como una pérdida brusca de fuerza en ambos miembros inferiores, con caída al suelo pero sin pérdida de conocimiento. Se estima que son responsables del 12-15% de las caídas de los ancianos, aunque estos datos estén posiblemente supervalorados y, en este sentido, algunos autores incluso niegan la existencia de este cuadro.

El 20% de los ancianos presentan hipotensión ortostática asintomática. Existen varias situaciones en las que se puede hacer sintomática y dar lugar a caídas; entre ellas figuran: situaciones de bajo gasto cardíaco por insuficiencia cardíaca o hipovolemia, disfunción del sistema nervioso

autónomo (SNA) como en la diabetes, deterioro del retorno venoso, permanencia prolongada en cama y varios fármacos.

Dentro de la extensa lista de fármacos que pueden estar involucrados como causas de caídas, destacamos por su amplia utilización en la población anciana los siguientes: barbitúricos, hipnóticos sedantes, antidepresivos triciclicos, antipsicóticos, hipotensores, diuréticos, nitratos, antagonistas del calcio e hipoglucemiantes.

Enfermedades neurológicas como Parkison, parálisis supranuclear progresiva, hidrocefalia a presión normal, tumores intracraneales y hematomas subdurales afectan al control postural, producen una marcha anómala y, por tanto, favorecen las caídas.

La sensación de mareo es una situación extremadamente frecuente en ancianos. La situación de aturdimiento puede estar provocada por múltiples enfermedades y es un síntoma inespecífico, por lo que requiere una cuidadosa interpretación. El vértigo, como sensación de movimiento de rotación es infrecuente en el anciano y suele indicar alteración del sistema vascular central o periférico, infartos cerebelosos o ventrobrosilares.

CAÍDAS CON SÍNDROME

Los síncope causan el 1% de todas las caídas; el 50% son de origen cardiovascular. Las arritmias sólo causan síncope y caídas cuando están asociadas a alteraciones en la vascularización cerebral o cuando son prolongadas. Habrá que establecer claramente la relación entre síncope y arritmias, ya que el tratamiento de éstas no está exento de riesgo en el anciano. Otras causas cardíacas serían el infarto de miocardio (IAM) de presentación atípica; el 8% de ancianos con IAM presentan síncope, estenosis aórtica y miocardiopatía hipertrófica.

Algunos ancianos presentan alteraciones en los barorreceptores carotídeos, que pueden causar un cuadro de síncope por un incremento del tono vagal que producirá bradicardia e hipotensión. Entre las causas de crisis vasovagales se incluyen la tos, el estreñimiento y la dificultad en la micción, debido a patología prostática.

CONSECUENCIAS

Las caídas tienen consecuencias psíquicas, sociales y de ámbito médico. Las médicas son las más obvias e incluyen fractura de cadera, columna vertebral y costillas. Los hematomas y laceraciones cutáneas son comunes

en los ancianos debido a los cambios en la piel, alteraciones vasculares o enfermedad subyacente.

Los ancianos que sufren caídas pueden presentar una profunda reacción psicológica con sensación de miedo, depresión y ansiedad.

Las repercusiones en el ámbito social pueden ser dramáticas. Se tiende a perder sus contactos sociales, aislándose del mundo externo; asimismo, los familiares pueden sobreproteger al anciano e incluso llegar a institucionalizarlo.

El punto final básico de las consecuencias negativas es la pérdida global de la capacidad funcional.

EVALUACIÓN

La conocida recomendación de realizar una historia correcta, es particularmente valiosa en las caídas. Se valoran las actividades antes, durante y después de la caída, la existencia de síntomas prodrómicos y la medicación global que estaba recibiendo.

Se debe realizar una cuidadosa exploración de la marcha con el paciente vestido y calzado correctamente, sentado inicialmente en un sillón apropiado; el área a recorrer debe estar libre de barreras y con un suelo uniforme. De los diferentes parámetros a anotar destacaremos: a) simetría en la longitud de los pasos; b) inclinación pelviana; c) amplitud del paso largo; d) movimiento de los brazos, y e) postura del tronco durante la deambulación.

El equilibrio puede ser estudiado clínicamente observando el balanceo, braceo y oscilaciones durante la incorporación desde una silla, en bipedestación, andando y girando el cuerpo.

En la valoración del paciente con caídas se deberá explorar el medio ambiental, examinando la presencia de peldaños, barandillas en mal estado, existencia de alfombras, muebles inestables, acceso a escaleras, luminosidad, etc. Asimismo se estudiarán las actividades de la vida diaria mediante escalas como la de Katz o la de Duke Oars IADL.

En aquellos pacientes con síncope, palpitations o arritmias en la exploración se procederá a realizar una monitorización Holter. Por último, en pacientes en que se sospeche vértigo se realizará electronistagmografía.

MANEJO

Las primeras medidas consistirán en mejorar el estado general de salud, tratar los problemas obvios e interrumpir la ingesta de fármacos dañinos.

Tanto el fisioterapeuta ocupacional podrán en marcha programas específicos de fortalecimiento muscular y de entrenamiento de la marcha y del balanceo. El terapeuta corregirá las posturas incorrectas y adiestrará en las formas seguras de acostarse, sentarse y levantarse tanto de la cama como de la silla. Al aumentar lo movilidad lo hará la seguridad del paciente. Dentro del quehacer del terapeuta ocupacional las adaptaciones al hogar, que conllevarán disminuir los peligros ocupan un lugar primordial del manejo terapéutico (ver tabla).

El apoyo psicológico es otro punto fundamental, sobre todo en el área de los miedos; en ocasiones se requiere la utilización de métodos de hipnosis. El refuerzo social que conlleve un aumento en el número y variedad de contactos pueden ser beneficiosos.

INMOVILIDAD

La inmovilidad es origen de gran cantidad de complicaciones e incapacidades. Todos nuestros esfuerzos deben ir dirigidos a mejorar la movilidad, con el fin de reducir la incidencia y gravedad de esas complicaciones y mejorar la calidad de vida.

CAUSAS:

Son múltiples las situaciones que predisponen al anciano a disminuir su actividad y, en muchas ocasiones, no se puede descartar una única causa sino varias a la vez. Entre las principales encontraremos:

Enfermedades musculoesqueléticas. Los procesos degenerativos de aquellas articulaciones que soportan el peso corporal, la osteoporosis y las fracturas de miembros inferiores son las situaciones que más predisponen a la movilidad. Las patologías del pie del tipo de hallux valgus, callosidades, onicomiosis, muchas veces infravaloradas, pueden causar algias y alterar la deambulación.

Enfermedades neurológicas. La mitad de los pacientes que sufren AVCA presentan déficit, la mayoría de los cuales van a provocar inmovilidad. La enfermedad de Parkinson y la demencia senil, en sus últimas fases evolutivas, también favorecen la inmovilidad.

Enfermedades cardiovasculares. La insuficiencia cardíaca grave, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica y enfermedad pulmonar crónica restringen la actividad y movilidad y pueden llevar al encajamiento prolongado.

Factores psicológicos ambientales. La disminución en la movilidad es una manifestación común de la depresión. El miedo a caídas, sobre todo en pacientes con historia de inestabilidad o caídas, o con déficit visuales y

con enfermedad aguda, hace que a menudo queden postrados en la cama, sobre todo si no se han utilizado las ayudas técnicas precisas para conseguir una adecuada deambulaci3n.

Gran variedad de f3rmacos, por si mismo o por sus efectos secundarios, pueden disminuir la actividad f3sica de los pacientes. Entre ellos descartaremos los sedantes e hipn3ticos, que pueden causar somnolencia y trastornos en la marcha; los antipsic3ticos, en especial los similares a la fenotiazina, poseen efectos extrapiramidales que causan rigidez y disminuci3n de la movilidad.

TABLA DE COMPLICACIONES

La inactividad prolongada o la permanencia en cama comportan consecuencias f3sicas, psicol3gicas y sociales adversas. Las principales son:

1. Alteraciones del metabolismo, que incluyen un balance c3lcico y nitrogenado negativo, deterioro de la tolerancia a la glucosa, disminuci3n del volumen plasm3tico y alteraci3n en la farmacocin3tica de algunos medicamentos.
2. Trastornos psicol3gicos del tipo depresi3n como consecuencia de la privaci3n de est3mulos ambientales. Algunos enfermos pueden llegar a desarrollar cuadro de Delirium.
3. patolog3a musculoesquel3tica del tipo fatiga, contracturas y atrofia muscular. La densidad 3sea disminuye con el encajamiento prolongado, lo cual favorece la aparici3n de fracturas sobre un hueso osteopor3tico.
4. Las complicaciones cardioplumonares suelen ser las m3s serias. Como consecuencia del encajamiento `prolongado se puede producir alteraci3n de los reflejos vasculares y disminuci3n del volumen plasm3tico, lo cual predispone a la hipotensi3n postural. Son bien conocidas las tromboflebitis y el tromboembolismo pulmonar con la alta morbimortalidad que suponen. Tambi3n podemos encontrar alteraciones de la funci3n pulmonar con disminuci3n del volumen vital, atelectasias y neumon3as espirativas.
5. Consecuencia gastrointestinales y genitourinarias, a veces olvidadas, son fuente de molestias para el paciente y pueden producir a su vez otras complicaciones. Estreñimiento, impacto fecal, infecci3n urinaria, c3lculos renales e incontinencia fecal y urinaria son frecuentes en pacientes inmovilizados.

MENEJO

Es esencial restaurar la función perdida y prevenir otras incapacidades, lo que va a suponer un esfuerzo por parte de todos los miembros del equipo sanitario.

Se deberá proceder en primer lugar a una cuidadosa valoración del grado de capacidad existente y, en función de ella, proponer unos objetivos realizables a través de tratamiento y medidas repetidas de la capacidad funcional.

Tanto los psicoterapeutas como los terapeutas ocupacionales son aquellos miembros del equipo de atención sobre los que recae la mayor responsabilidad en el paciente inmóvil. La fisioterapia debe ir dirigida a aliviar el dolor, aumentar la fuerza, endurecimiento muscular y amplitud articular, y a mejorar la marcha. La terapia ocupacional enfoca sus esfuerzos a la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria, mediante la utilización de las ayudas y la adaptaciones del propio hogar (veamos tabla).

TERAPIA FÍSICA EN EL PACIENTE ANCIANO INMOVILIZADO

Objetivos:

Aliviar el dolor.

Evaluar, mantener y mejorar la amplitud articular.

Evaluar y mejorar la fuerza, dureza y coordinación musculares.

Evaluar y mejorar la marcha y estabilidad.

Valorar las ayudas a la deambulación.

Modalidades del tratamiento:

Ejercicio activo (isométrico e isotónico)

Ejercicio pasivo

Calor local.

Hidroterapia.

Ultrasonidos.

Estimulación eléctrica transcutánea.

A veces, sería bueno valorar los tratamientos de Osteopatía, y en otras ocasiones también sería acertado el quiromasaje, de una forma y otra además de la fisioterapia, podemos actuar con mejor criterio profesional y siempre repercutirá en beneficio del paciente.

CAPÍTULO VIII

ÚLCERAS POR PRESIÓN

En los ancianos es muy posible tener úlceras, son prevenibles y tratables, pero suelen aparecer cuando el anciano está inmóvil o encamado durante largo espacio de tiempo. Como su nombre indica, se producen sobre áreas del cuerpo que están expuestas a una presión elevada y prolongada.

Se estima que después de tres semanas de encamamiento la prevalencia es de 7,7%. Más del 50% del total de las úlceras por presión aparecen en personas mayores de 70 años, en las que multiplican por cuatro el riesgo de muerte.

FACTORES DE RIESGO

El principal factor de riesgo es la inmovilidad, tanto el encamamiento como la posición persistente de sentado.

Los cambios que ocurren en la piel asociados al envejecimiento, como la pérdida de vasos en la dermis, adelgazamiento de la epidermis, aplanamiento de la línea de unión dermoepidérmica, pérdida de fibras elásticas y el aumento en la permeabilidad cutánea, incrementan la susceptibilidad al desarrollo de las úlceras.

Trastornos nutricionales como la hipoproteinemia, déficit de zinc, de hierro y de ácido ascórbico favorecen el desarrollo de las úlceras por presión. La incontinencia, tanto fecal como urinaria, multiplica por cinco el riesgo, y lo mismo ocurre con todo tipo de fracturas, sobre todo de cadera.

Cuatro factores están implicados en le génesis de estas úlceras: la presión, fuerzas de estiramiento, de fricción y la humedad. La fricción y la humedad son los factores más importantes en el desarrollo de lesiones superficiales de la piel, mientras que la presión y el estiramiento lesionan los tejidos profundos.

CLASIFICACIÓN

La National Pressure Ulcer consiguió el consejo sobre la clasificación común y uniforme de estas úlceras en los siguientes grados:

-Grado I: la piel está intacta pero eritematosa.

-Grado II: pérdida parcial del espesor cutáneo; se encuentra afecta la epidermis y dermis.

- Grado III: hay pérdida completa del espesor de la piel y se encuentra afectado el tejido celular subcutáneo.
- Grado IV: es una lesión profunda que afecta al músculo y hueso.

Tratamiento. Con respecto al tratamiento tanto profiláctico como terapéutico destacaremos las siguientes medidas (ver tabla).

PRINCIPIOS EN EL CUIDADO DE ÚLCERAS DE PRESIÓN

Preventivo

- Identificar pacientes de riesgo.
- Disminuir la presión y fricción
- Mantener la piel seca y limpia
- Nutrición e hidratación adecuadas
- Evitar la sobredesecación

Úlceras en grados I y II

- Evitar presión y humedad
- Cuidados locales de la piel

Úlceras de grado III

- Desbridar tejidos necróticos
- Limpieza y cuidados de la úlcera

Úlceras de grado IV

- Desbridar tejidos necróticos
- Reparación quirúrgica
- Antibióticos sistémicos si existe celulitis u osteomielitis

Medidas generales. La mejor de las medidas es la movilización continuada del paciente. Debemos recordar que cuando el paciente se encuentre en decúbito lateral, su espalda debe formar un ángulo de 30° sobre la superficie para evitar una presión directa sobre el maléolo y el trocánter mayor.

Las camas a utilizar deben tener un colchón de goma espumas fuertes o muelles sin costuras, si es posible. Las pieles o sus equivalentes sintéticos probablemente sólo reducen el frotamiento, pero de forma colateral pueden mejorar el microclima local.

Medidas de antipresión. La misión de los diferentes métodos existentes es reducir la presión sobre las estructuras óseas a valores inferiores a 32 mmHg, ya que es la presión aceptada a partir de la cual puede cesar el flujo sanguíneo y producir isquemia.

Los medios se pueden clasificar en estáticos y dinámicos. Los estáticos sólo se movilizan cuando lo hace el paciente, y entre ellos tenemos los geles, espumas y algunas camas de aire. Los métodos dinámicos requieren un sistema de energía adicional. Entre ellos destacaremos las camas de aire a presión alternante, el sistema de soporte de baja pérdida de aire y las camas de aire fluidificado. No obstante, los diversos artefactos mecánicos nunca son sustitutos del equipo multidisciplinario de atención.

Medidas sistémicas. Los factores nutricionales son de gran valor, y el establecimiento de una dieta rica en calorías y aminoácidos esenciales puede ser útil. En pacientes con déficit de zinc la administración de sulfato de zinc o mejor quelatos de zinc a dosis de 220 mg/78 h puede ser beneficiosa. Asimismo, la administración de vitamina C mejor (rose hips) a dosis de 500 mg/ 12 h puede ser de gran ayuda.

La presencia del tejido necrótico se correlaciona con altas concentraciones de microorganismos e indica la necesidad de desbridamiento. La incidencia de bacteriemia debida a úlceras por presión es de 1,7 casos por 10.000 pacientes ingresados. El 20-38% de pacientes con dicha bacteriemia tiene sepsis polimicrobiana y los gérmenes más frecuentes son Proteus, E. coli, Klebsiella, Staphylococcus, enterococo, estreptococo grupo A y Bacteroides fragilis. Se debe utilizar antibióticos por vía sistémica ante la presencia de celulitis, sepsis y/u osteomielitis. En aquellos pacientes con valvulopatías o que van a sufrir amplios desbridamientos, es aconsejable también utilizar antibióticos de amplio espectro por vía sistemática.

Medidas locales. Dentro de las medidas locales, el desbridamiento ocupa el lugar principal; puede ser selectivo a través de cirugía o enzimas y no selectivo mediante la irrigación o limpieza. El desbridamiento quirúrgico amplio es el método de elección. La utilización de preparaciones enzimáticas tipo colagenasa, fibrinolisina, desoxirribonucleasa y estreptocinasa-estreptodornasa se pueden utilizar como ayuda a los desbridamientos quirúrgicos. También podemos utilizar enzimas de forma natural y con grandes resultados como son: la papaya fermentada 400 mg/día, el Q 10, 300 mg/día, Piña fermentada, 400 mg/día; de esta forma no tendremos ningún tipo de efectos secundarios y siempre estaremos ayudando a tener los menos problemas con el paciente. La limpieza húmeda-seca es la forma clásicamente utilizada, mientras que la forma de irrigación tiene el inconveniente de que elimina no sólo tejido necrótico y bacterias, sino también tejido de granulación.

El contenido bacteriano de la úlcera debe ser disminuido. Aquéllas con contenido superior a 100.000 colonias por gramo tienen una peor

evolución. El antibiótico o desinfectante ideal es aquel que disminuye el número de bacterias sin causar dolor, sin lesionar los tejidos circundantes y sin deteriorar la formación del tejido de granulación. Dentro de los antisépticos se utilizarán los de acción bactericida y no citotóxica, como la concentración al 0,001% de providota yodada y al 0,005% de hipoclorito sódico. También podemos utilizar el Drago en sus distintas versiones, está compuesto por la salvia del árbol drago, y ha demostrado ser una de los antisépticos más poderosos además de resecar perfectamente las úlceras.

Cuando la úlcera se encuentra limpia y comienza a formarse el tejido de granulación o epitelización se debe mantener un medio húmedo, sin alterar el tejido sano. Las úlceras superficiales curan por emigración de células epiteliales desde el borde de la herida, mientras que las profundas lo hacen por granulación desde el fondo de la misma. La utilización de curas oclusivas, que se deben mantener in situ durante varios días para facilitar la migración epidérmica, mejora las formas superficiales. En las úlceras profundas, sin embargo, se usarán gasas continuamente humedecidas con suero salino o Ringer, también podemos utilizar el Quintón, es muy similar al suero sólo que tenemos dos versiones para poderlo utilizar, el isotónico que es similar al suero salino y el hipertónico que es mucho más poderoso para según los casos.

En las úlceras por presión, también nos encontramos y especialmente en ancianos, que éstos padezcan de glucosiaria, es decir de diabetes melitus o similar, en estos, las curaciones de las úlceras se hacen más difíciles y en muchas ocasiones se tienen `problemas agudos e incluso la gangrenación de las úlceras.

Es importante en estos casos la alimentación y especialmente la nutrición que lleve a cabo el paciente, por lo que con el ánimo de ayudar siempre daré siete dietas para personas diabéticas que mejorarán su salud interna y por lo mismo aflorará esa salud al exterior para ayudar a cicatrizar esas úlceras por presión.

Como todos conocemos, también los problemas diuréticos son muy importantes en estos pacientes, lo que se impone también hacer una dieta adecuada para que desde dentro nos aflore la salud al exterior y nos ayuda a cicatrizar mejor las úlceras. Daré también otras siete dietas especiales para personas con problemas renales y como no para nefríticos.

En estos casos tendremos que aplicar en principio de que somos lo que comemos y por lo mismo nunca mejor que cambiar el hábito alimenticio para recuperar mejor la salud y mucho más cuando se es mayor; por ello el axioma del maestro Hipócrates es adecuado”Que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina sea tu alimento”

DIETAS PARA DIABETICOS

DIETA 1

Desayuno

Vaso de leche vegetal sin azúcar con malta

Galletas integrales sin azúcar untadas de margarina vegetal y mermeladas sin azúcar.

Media mañana

Taza de consomé vegetal.

Almuerzo

Ensalada abundante muy variada

Tortilla de vegetales

1 pieza de fruta de la época (de las permitidas)

1 yogur descremado o biolactífulus

Pan bizcotes integrales glutinados o colines integrales

Merienda

Vaso de zumo de naranjas o de otra fruta de las permitidas

Cena

Plato pequeño de judías verdes rehogadas

4 lonchas de queso fresco

Flan de vainilla hecho con leche de soja

Pan colines integrales

DIETA 2

Desayuno

Vaso de leche vegetal sin azúcar con malta

Bizcotes de pan integral tostados con crema de almendras

Media mañana

Vaso de zumo de peras o de otra fruta (de las permitidas)

Almuerzo

Ensalada abundante muy variada

Plato de menestra de verduras con brotes de soja

Naranja
Pan colines integrales

Merienda
Vaso de malta con unas galletas sin azúcar

Cena
Plato pequeño de acelgas rehogadas
2 lonchas de jamón York
Flan de vainilla hecho con leche de soja
Pan colines integrales

DIETA 3

Desayuno
Vaso de leche vegetal sin azúcar con malta.
Galletas integrales sin azúcar untadas de margarina vegetal y mermeladas sin azúcar.

Media mañana
Taza de consomé vegetal

Almuerzo
Ensalada abundante muy variada
Plato pequeño de puré de lentejas hechas con verduras
Manzana
Pan colines integrales

Merienda
Vaso de zumo de naranjas o de otra fruta de las permitidas

Cena
Plato pequeño de espinacas rehogadas
4 lonchas de queso fresco
Flan de vainilla o natillas hechas con leche de soja

DIETA 4

Desayuno

Vaso de leche vegetal sin azúcar con malta

Bizcote de pan glutinado untado de crema de almendras

Media mañana

Vaso de zumo de zanahorias

Almuerzo

Ensalada abundante muy variada

4 filetes de salmón a la plancha con guarnición de verduras

1 manzana u otra fruta de las permitidas

1 yogur biolactífulus

Pan colines integrales

Merienda

Vaso de malta con galletas sin azúcar

Cena

Espárragos blancos o verdes con mayonesa de alcachofa

3 rodajas de merluza a la plancha

Flan de vainilla hecho con leche de soja

Pan colines integrales

DIETA 5

Desayuno

Vaso de leche vegetal sin azúcar con malta

Galletas sin azúcar untadas de margarina vegetal y mermeladas sin azúcar

Media mañana

1 taza de consomé vegetal

Almuerzo

Ensalada abundante muy variada

Pescadilla enroskada con guarnición de lechuga o endivias

1 naranja u otra fruta de las permitidas

Pan colines integrales

Merienda

Vaso de zumo de zanahorias

Cena

1 taza de consomé vegetal

Tortilla de verduras

1 yogur biolactífulus o descremado

Pan colines integrales

DIETA 6

Desayuno

Vaso de leche vegetal sin azúcar con malta

Bizcote de pan glutinado tostado con crema de almendras

Media mañana Vaso de zumo de naranjas u otras frutas (de las permitidas)

Almuerzo

Ensalada abundante muy variada

Plato de legumbre de soja verde hecha con verduras

1 manzana u otra fruta de las permitidas

Pan colines integrales

Merienda

Vaso de malta y unas galletas sin azúcar

Cena

Plato pequeño de judías verdes rehogadas

4 lonchas de queso fresco

Flan de vainilla o natillas hechas con leche de soja

Pan colines integrales

DIETA 7

Desayuno

Vaso de leche vegetal sin azúcar con malta

Galletas sin azúcar untadas de margarina vegetal y mermeladas sin azúcar

Media mañana

1 taza de consomé vegetal

Almuerzo

Ensalada abundante muy variada

4 filetes de salmón a la plancha con guarnición de verduras

1 naranja u otra fruta de las permitidas

Pan colines integrales o glutinado tostado.

Merienda

Vaso de zumo de zanahorias

Cena

1 taza de consomé vegetal

4-6 albóndigas vegetales

1 yogur biolatífulus o descremado

Pan colines integrales.

Relación de frutas que no deben comer los diabéticos por tener un exceso de glucosa:

Plátanos, uvas, albaricoques, chirimoyas, picotas y cerezas, higos, brevas, frutas tropicales (excepto la piña y la papaya).

El resto de las frutas si las pueden comer y es conveniente que siempre después del almuerzo se coma 1 pieza de fruta de las que están permitidas, ya que ello hace que la curva de glucosa sea más lenta y por lo mismo no suba el azúcar en sangre en demasía.

Veremos que no hemos tenido en cuenta en las dietas de diabéticos la carne, ello es debido a que la misma no es un alimento idóneo para estos enfermos e incluso para los mayores, por el exceso de toxinas que la misma tiene y lo difícil de su fermentación en nutrientes dentro de un organismo ya enfermo para con sus jugos pancreáticos, no tenemos que olvidar que la verdadera digestión, es decir el reparto de nutrientes se hace en el intestino delgado gracias a el aporte de jugos biliares y pancreáticos, y en los diabéticos estos últimos no llegan siempre a el intestino delgado para hacer las funciones de reparto de nutrientes a nuestras células, por lo mismo, es necesario ingerir siempre alimentos que sean nutrientes pero más simples a la hora de su fermentación. Como comparativo, diré que si hemos tenido en cuenta el pescado, ya que aunque ésta contiene más o menos las mismas proteínas que la carne, su fermentación digestiva es mejor y por ello he entendido que es una forma de tener en cuenta las proteínas necesarias para nuestra alimentación diaria.

100 gr de mandarinas	110	0,8	46
Cena			
100 gr de acelgas rehogadas	550	1,6	27
100 gr de queso fresco y blanco	100	20,0	200
Manzana de 100 gr.	116	0,3	58
Pan sin sal en bizcotes integrales	100	6,4	227
	=====	=====	=====
	1.701	48,4	689

DIETA 3

Desayuno			
1 yogur biolactífulus	190	4,8	71
Almuerzo			
Ensalada de lechuga y tomate	408	2,4	36
100 gr de pan integral	650	20,0	200
Manzana de 100 gr.	116	0,3	58
Cena			
100 gr de espárragos	166	2,4	21
2 huevos	250	25,6	324
100 gr de peras	129	0,5	61
Pan sin sal en bizcote integral 100 gr	100	6,4	227
	=====	=====	=====
	2.009	62,4	998

DIETA 4

Desayuno			
1 yogur biolactífulus	190	4,8	71
Almuerzo			
Ensalada de lechuga y tomate	408	2,4	36
100 gr de pascado blanco (Gallos)	315	19,0	79
Manzana de 100 gr.	116	0,3	58

Cena			
100 gr de alcachofas	430	2,7	49
100 gr de queso fresco y blanco	100	20,0	200
100 gr de melocotón en almíbar	107	0,4	78
Pan sin sal en bizcote integral	100	6,4	227
	=====	=====	=====
	1.766	53,6	763

DIETA 5

Desayuno			
1 yogur biolactífulus	190	4,8	71
Almuerzo			
Ensalada de lechuga y tomate	408	2,4	36
100 gr de pescado blanco (mero)	340	18,6	126
Manzana de 100 gr	116	0,3	58
Cena			
100 gr de guisantes	150	5,4	73
2 huevos	250	25,6	324
Naranjas 100 gr	170	0,3	49
Pan sin sal en bizcotes integrales	100	6,4	227
	=====	=====	=====
	1.724	63,8	964

Dieta 6

Desayuno			
1 yogur biolactífulus	190	4,8	71
Almuerzo			
Ensalada de lechuga y tomate	408	2,4	36
100 gr, de espárragos de lata	166	2,4	21
Manzana de 100 gr,	116	0,3	58
Cena			
100 gr de coliflor	400	2,7	27
10 gr de queso fresco y blanco	100	20,0	200
Naranja de 100 gr,	170	1,0	49
	=====	=====	=====
	1.650	40	689

DIETA 7

Desayuno			
1 yogur biolactífulus	190	4,8	71
Almuerzo			
Paella integral sin sal	650	20,0	200
Naranja de 100 gr.	170	1,0	49
Cena			
Champiñón de lata 100 gr	127	2,8	24
Queso fresco y blanco 100 gr	100	20,0	200
Manzana de 100 gr	116	0,3	58
Pan sin sal en bizcotes integrales	100	6,4	227
	=====	=====	=====
	1.435	55,3	829

Observemos como las dietas están muy equilibradas en cuanto a los tres principios básicos para un nefrítico, como son el potasio, proteínas y calorías. El máximo de potasio que debe comer una persona con problemas serios de riñón no debe pasar los 2.200 mg y ninguna de estas dietas lo sobrepasan, por otro lado veremos como las proteínas y las calorías están muy equilibradas y nunca sobre pasan el máximo que se debe tener en cuenta, por lo tanto estas siete dietas no sólo son optimas para los pacientes con problemas renales, sino también son buenas para las personas obesas ya que tienen las calorías muy estudiadas para que no se engorde. Ya sabemos que muchos ancianos les sobran kilos y que los mismos son un gran problema para tener que estar encamados, lo que significa que estas siete dietas son extraordinarias para hacerlas también aquellos mayores que tengan sobre peso.

Como estamos observando los problemas de los ancianos siempre son más preocupantes que las de otras personas más jóvenes, pero ello es normal, lo bueno es pasar por esa edad, ya que de lo contrario significa que nos habremos muerto antes de la edad media que en estos momentos en la sociedad occidental nos estamos muriendo.

Lo bueno es que poco a poco vamos subiendo en la edad de mortalidad y ello es gracias a la ciencia que avanza afortunadamente y tenemos mejor medio de vida que se tenía hace unos 100 años.

CAPÍTULO IX

INCONTINENCIA URINARIA

Los trastornos funcionales del tracto urinario inferior son muy frecuentes en personas mayores, independientemente de su estado físico y psíquico. El síntoma más común es la incontinencia urinaria, que se puede definir como la pérdida involuntaria de orina que provoca un problema higiénico y/o social demostrable objetivamente. Su incidencia en la población anciana es alta y varía según el nivel asistencial. En ancianos que viven en la comunidad alcanza el 5-10%. Cuando se analizan pacientes hospitalizados es del 35%; su incidencia es mayor en hembras que en varones. Asimismo, es mayor en ancianos con edad superior a 75 años que en el grupo de edad comprendido entre 65 y 74 años. Si máxima incidencia se alcanza a nivel residencial, donde puede llegar a ser del 50%.

EVALUACIÓN

Como en la mayoría de las entidades es conveniente la protocolización diagnóstica. Se comenzará por una historia clínica, que será lo más completa posible. La exploración física presentará especial atención a la sensibilidad anal y perianal, reflejos como el vulvocavernoso, abdominal inferior, cremastérico, plantar y anal, motricidad, evaluación prostática, introito vulvar, función vasomotora y secretora.

Los estudios urodinámicos estarían indicados en aquellos pacientes con dudas diagnósticas. Consiste en cistomanometría, cistouretrografía del esfínter periuretral, perfil uretral, pruebas de presión destrusor/flujo miccional y flujometría.

TIPOS DE INCONTINENCIA

Inestabilidad del destrusor.

Es el hallazgo urodinámico más frecuente en el anciano. Clínicamente se caracteriza por incontinencia urinaria precedida de sensación de urgencia. Se manifiesta en los estudios urodinámicos por la existencia de concentraciones involuntarias del destrusor, suficientemente intensa para producir incontinencia. Existe básicamente cuatro mecanismos responsables de este tipo de incontinencia; defectos en la regulación por el SNC, obstrucción del tracto urinario inferior, patología orgánica vesical e inestabilidad idiomática.

Incontinencia por rebosamiento.

Ocurre cuando la presión de llenado excede a la uretral, pero sólo con grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga. Suele corresponder a la etapa final de la obstrucción del tracto urinario inferior.

Dentro de la incontinencia por rebosamiento se puede incluir el diagnóstico urodinámico de detrusor contráctil. Su existencia se puede asociar a lesiones neurológicas como accidente cerebrovascular, tumoraciones en el centro sacro de la micción y neuropatía diabética. Existe una serie de factores que pueden favorecer la afección en la concentración del detrusor, como son inmovilización, estreñimiento, tratamiento con anticolinérgicos diuréticos y sedantes. Clínicamente, el detrusor contráctil se manifiesta con síntomas obstructivos, aunque algunos pacientes pueden referir polaquiuria, sobre todo en los casos con grandes volúmenes de residuo posmiccional.

Incontinencia de estrés.

Es la forma genuina que se presenta en mujeres debido a una afección del soporte del cuello vesical y uretra proximal como consecuencia de partos. La deficiencia estrogénica de la menopausia produce atrofia muscular de los ligamentos, fascias e incluso del urotelio, todos ellos relacionados con la función de continencia urinaria. En los varones es infrecuente, excepto las que se presentan después de algunas prostatectomías. Clínicamente se caracteriza por pérdidas pequeñas de orina después de la tos o accesos de risa, todas ellas situaciones en las que aumenta la presión intraabdominal.

Incontinencia pasajera.

Es aquella en la cual no se objetiva un déficit orgánico o funcional en el sistema urinario controlado por la micción. Las causas que debemos siempre tener presente en los ancianos con incontinencia son: infecciones urinarias sintomáticas, fármacos, estados confusionales, depresión, impactación fecal, inmovilización prolongada, instrumentación y alteraciones metabólicas.

TABLA DE PRINCIPIOS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

General.

Corrección de factores precipitantes

Limitar el consumo de alcohol y cafeína

Inestabilidad vesical.

Anticolinérgicos (propanteline)

Incontinencia de estrés.

Uretropexia

Incontinencia por rebosamiento.

Prostatectomía

Obstrucción del cuello vesical.

Incisión endoscópica

Obstrucción de la uretra distal.

Dilataciones

Uretromía endoscópica

Detrusos acontráctil

Cateterismo intermitente

Tratamiento. Se analizarán los diferentes tratamientos según las diversas formas de incontinencia (ver tabla anterior).

En la inestabilidad del detrusor el objetivo es intentar reducir o bloquear las concentraciones involuntarias. Los agentes farmacológicos con actividad anticolinérgica y con propiedades antiespasmódicas o bloqueadoras de los canales del calcio, pueden ser útiles para reducir las concentraciones y mejorar la clínica del paciente. Los agentes anticolinérgicos más utilizados son la oxibutina, flavoxantes y propanteline, aunque con escasas experiencias en ancianos. Entre sus efectos secundarios destacan: confusión, agitación, hipotensión, sequedad de boca y retraso en el vaciamiento gástrico. Las dosis deben graduarse cuidadosamente para evitar efectos tóxicos. En nuestro medio el más utilizado es el propanteline a dosis de 15mg/4 veces al día. Otro fármaco utilizado es la imipramina, que posee dos efectos: acción anticolinérgica y, por otro lado, acción alfaagonista, que incrementa la actividad del cuello vesical y uretraproximal/posterior. Existen otros tratamientos no farmacológicos, como técnicas de biofeedback, hojas de control frecuencia-volumen miccional, bloqueo selectivo de ciertas raíces sacras o técnicas de estimulación eléctrica del esfínter periuretral con corriente interferencial.

En la incontinencia por rebosamiento el tratamiento debe ir dirigido a corregir la lesión causante. En casos de obstrucción prostática se realizará prostatectomía. Si se localiza en el cuello vesical se procederá a la incisión del mismo. En las situaciones de obstrucción de la uretra distal en el sexo femenino, se procederá a dilataciones uretrales o uretrotomía endoscópica. Si la estenosis uretral distal se asocia a hipoestronismo, se puede ensayar los estrógenos por vía oral o vaginal. En los casos de detrusor acontráctil el único método utilizado es el cateterismo vesical intermitente.

El tratamiento farmacológico de la incontinencia de estrés está basado en la utilización de alfasimpaticométicos. El tratamiento quirúrgico consiste en la elevación de la unión uretrovesical hacia la situación intraabdominal por encima del pubis. Los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico han dado, en principio, escasos resultados. La estimulación eléctrica del suelo pélvico con corriente farádica consigue mejorar el tono muscular y puede ser útil en algunos casos.

En ocasiones sólo se podrá manejar la incontinencia con compresas absorbentes y colectores externos.

OTRAS CONSIDERACIONES IMPORTANTES DE LA INCONTINENCIA

Vaginitis.

Síntomas en la mujer:

Mayor cantidad de secreciones vaginales.

Secreciones vaginales de olor, consistencia o color normales.

Purito, escozor o irritación valvular o vaginal.

Puede experimentarse dolor al orinar o al mantener relaciones Sexuales.

CONSIDERACIONES GENERALES

La vaginitis es una de las razones más habituales por la que las mujeres visitan al médico, y representan un 7% de las consultas de los ginecólogos. Un estudio se expuso que el 72% de las mujeres jóvenes sexualmente activas tenía una o varias formas de vaginitis, en el mismo estudio, se hace notar que las mujeres ancianas son más propensas aún que las jóvenes a la vaginitis y teniendo en cuenta que no suelen estar activas sexualmente.

En otro estudio de 821 mujeres se observó que las infecciones vaginales eran seis veces más comunes que las del tracto urinario, pero que en las mujeres ancianas se asocian ambas a la vez. De hecho las mujeres que sufren de micción dolorosa tienen más probabilidades de padecer vaginitis que infección del tracto urinario, pero si ésta mujer es anciana lo normal es que ambas cosas van de la mano y se suelen complicar con gran facilidad. La mayoría de las mujeres pueden distinguir la micción interna dolorosa, atípica de una infección del tracto urinario, y el dolor externo que se padece cuando la orina pasa por los tejidos inflamados de la zona de los labios.

Además de producir molestias físicas y turbación, la vaginitis puede ser un síntoma de un problema subyacente más grave, como una inflamación crónica del cuello del útero o una enfermedad de transmisión sexual. Si es de naturaleza infecciosa, el agente puede producir una infección ascendente del tracto genital, derivando en endometritis, salpingitis y enfermedad inflamatoria de la pelvis. A su vez, éstas pueden derivar en cicatrización tubárica, y en mujeres jóvenes, infertilidad o embarazos atópicos. Las infecciones vaginales crónicas que no presentan síntomas se han relacionado con infecciones recurrentes del tracto urinario por actuar como reservorio del agente infeccioso. Además, cada vez existen más evidencias que vinculan algunas formas de vaginitis con anomalías de las células cervicales y un aumento del riesgo de displasia cervical.

Algunas mujeres se avergüenzan cuando exponen los síntomas de la vaginitis a sus médicos, ya que lo asocian con falta de higiene personal o enfermedades venéreas. Debido a su frecuente aparición y la posibilidad de consecuencias graves si no se someten a tratamiento, todas las mujeres deberían consultar al médico si padecen purito, secreción vaginal, micción dolorosa u otros síntomas de vaginitis.

En realidad, existen tres tipos de vaginitis: hormonal, irritante e infecciosa. Cada una de ellas se subdivide en grupos específicos, en función de las causas. Se enumeran en el cuadro siguiente.

Tipos de vaginitis

Vaginitis hormonal

Vaginitis atrófica

Aumento de la secreción vaginal.

Vaginitis irritante

Vaginitis química

Vaginitis alérgica
Vaginitis traumática
Vaginitis de cuerpos extraños.
Vaginitis infecciosas
Tricomonas vaginalis
Candida albicans
Vaginitis inespecífica
Gonorrea
Herpes simples
Chlamydia trachomatis

Vaginitis atrófica. Principalmente se trata de un problema de las mujeres posmenopáusicas o que han sufrido una histerectomía. El epitelio vaginal se vuelve más delgado debido a la falta de estimulación de los estrógenos, lo que puede producir la formación de adherencias, relación sexual dolorosa y un aumento de la susceptibilidad a las infecciones. Los síntomas que más frecuente se han presentado son prurito o escozor y una sensación acuosa en ocasiones sanguinolenta. Obsérvese que cualquier secreción vaginal sanguinolenta en mujeres posmenopáusicas requiere un examen exhaustivo con el fin de descartar la existencia del cáncer, y por la misma razón si se presenta también en mujeres ancianas se debe descartar las mismas posibilidades cancerígenas o su tratamiento.

Aumento de la secreción vaginal. Cuando existen cantidades cada vez mayores de secreciones normales sin otro tipo de sintomatología, con frecuencia se diagnostica vaginitis fisiológica. Sin embargo, no es correcto, ya que no existe una verdadera inflamación. Una secreción más abundante normalmente refleja un aumento de la estimulación hormonal, como ocurre en el embarazo o en algunas etapas del ciclo menstrual. Es primordialmente un diagnóstico de exclusión después de descartar otras causas especialmente en mujeres jóvenes. En la mayoría de los casos no se requiere posterior tratamiento. Los síntomas se verán rápidamente aliviados con duchas no lavados exhaustivos, si bien pueden llegar a agravar el estado produciendo una vaginitis irritante. Debido a ello, hoy se cuenta con inmunodetergente vaginales que tratan este tipo de vaginitis con gran éxito y sin irritar.

Vaginitis química. Este tipo se debe al uso de medicación o productos de higiene que irritan directamente las delicadas membranas de la vagina. Una variedad de este subgrupo es la vaginitis alérgica, en la que el daño

puede deducirse de una reacción inmunológica a un producto más que a una reacción tóxica directa.

Vaginitis traumática. Las heridas producidas por agentes físicos o la actividad sexual pueden desembocar en vaginitis.

Vaginitis de cuerpos extraños. Las secreciones mal olientes pueden ser indicativas de la presencia de un cuerpo extraño en la vagina, lo más común suele ser un tapón olvidado en las mujeres jóvenes y la falta de higiene en las mayores. Tras un examen también puede encontrarse mecanismos anticonceptivos, pesarios y una gran variedad de elementos según la edad de la mujer.

Vaginitis infecciosa. La vaginitis infecciosa puede transmitirse por vía sexual o puede surgir a raíz de alteraciones de la flora en una vagina sana. Las infecciones vaginales frecuentemente comprenden organismos comunes que se encuentran en el cuello del útero y en la vagina de muchas mujeres sanas, asintomáticas. Los factores que afectan el entorno vaginal incluyen el pH, el contenido glucógeno, el nivel de glucosa, la presencia de otros organismos (en especial lactobacilos), la acción natural del flujo de secreciones vaginales, la presencia de sangre, de anticuerpos y de otros compuestos en las secreciones vaginales. A su vez, muchos de estos factores se ven afectados por la atmósfera interna y salud general de la mujer.

Las disfunciones inmunes hacen que la mujer esté expuesta a un número mayor de infecciones, entre ellas las vaginales. La disminución de la inmunidad puede deberse a deficiencias nutricionales, medicaciones (esteroides), embarazo o enfermedades graves. Existen otros factores que permiten que haya una mayor predisposición de agentes infecciosos: diabetes mellitus, llevar ropa interior o medias sintéticas (que tienden a retener la humedad) y la conexión que se sospecha, pero que no está demostrada, entre las píldoras anticonceptivas y las infecciones por *Cándida albicans*. Esto último por lógica, sólo se podrá dar en mujeres jóvenes, sin embargo, últimamente se observan muchas mujeres mayores con ropas interiores sintéticas.

Los factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual incluyen tener varias parejas, las prácticas sexuales poco habituales y el tipo de anticonceptivo (los métodos de barrera, como, por ejemplo, los preservativos, reducen el riesgo de infección).

Aproximadamente el 90% de las vulvovaginitis se asociará a uno de estos tres microorganismos: *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* o *Cándida albicans*. La frecuencia relativa de cada una de estas formas varía según la población estudiada, así como los niveles de actividad sexual. La

Neisseria gonorrhoea el herpes simplex y la clamidia producen casos menos frecuentes de vaginitis. A cada uno se dedica una descripción más detallada a continuación:

Trichomonas vaginalis. El trichomonas es un protozoo flagelado que se encuentra en el tracto urogenital inferior de varones y hembras. Parece que sólo se encuentra en la raza humana y la transmisión sexual es su principal vía de propagación. El tricomonas no invade los tejidos y es raro que origine complicaciones serias. El síntoma más frecuente son las anomalías en la secreción asociada con purito y escozor. Dichas secreciones tienen mal olor, son de un color amarillo verdoso y de aspecto espumoso.

El medio óptimo de crecimiento de los tricomonádidos es un pH de 5,5 a 5,8. Así, situaciones que eleven el pH (alcalinizarlo), como un aumento de progesterona, serán favorables para el crecimiento excesivo de trichomonas. Por el contrario, un pH vaginal de 4,5 en una mujer con vaginitis es indicativo de cualquier agente, excepto el citado.

Cándida albicans. Tanto la relativa frecuencia como la incidencia total de la vaginitis por *cándida* han aumentado en 3,5 veces desde finales de los años 80, simultáneamente a una incidencia en declive de la gonorrea y los tricomonas. Varios factores han contribuido a esta mayor incidencia; el principal es el mayor uso de los antibióticos. Las alteraciones que éstos originan en la flora intestinal y vaginal favorecen el crecimiento de *cándida*. En un estudio se observó una correlación de 100% entre los cultivos de *cándida* genitales y gastrointestinales, llegando a la conclusión de que una importante colonización intestinal de *cándida* puede ser el único factor significativo en la candidiasis vulvovaginal. Los esteroides, los anticonceptivos orales y el aumento progresivo de la diabetes mellitus son factores que contribuyen a este problema.

La *Cándida albicans* es de 10 a 20 veces más frecuente durante el embarazo, debido al elevado pH vaginal, al aumento del glucógeno del epitelio vaginal, al elevado nivel de glucosa en sangre y la glucosuria intermitente. Las infecciones de levaduras son tres veces más frecuentes en las mujeres que llevan medias que en las que llevan ropa interior de algodón, ya que los tejidos sintéticos evitan la sequedad de la zona. Los factores que predisponen a una vaginitis por *Cándida albicans* se resumen a continuación, pero quiero que nos demos cuenta de que todos los síntomas expuestos salvo el del embarazo, son muy frecuentes también en mujeres de avanzada edad, por esta razón, las mujeres que se inicien en alguno de los síntomas expuestos, deben pedir cita para su médico lo antes posible y así, determinar lo que está sucediendo.

Factores que predisponen a una vaginitis por *Cándida albicans*

- Alergias
 - Antibióticos
 - Diabetes mellitus
 - Esteroides
 - pH vaginal elevado
 - Anticonceptivos orales
 - Candidiasis gastrointestinal
 - Embarazo
 - Medias de nailon
-

La mayoría de los casos de recurrencia de vaginitis por *Cándida* se producen por la autoinoculación desde el tracto gastrointestinal o no identificar y tratar la presencia de uno o varios factores de predisposición. En casos demasiado frecuentes, las parejas sexuales pueden ser una fuente de reinfección. Se ha documentado que las alergias causan candidiasis recurrentes, que se solucionan cuando se tratan. El síntoma principal de la vaginitis por *Cándida* es el prurito vulvar, que puede ser bastante grave. Se asocia con la presencia de secreciones espesas, cuajadas (como requesón), que pueden descubrir manchas puntuales de sangre cuando se retiran. La presencia de estas secreciones es una evidencia clara de una infección de levadura, por su ausencia no descarta que pueda existir *Cándida*.

Vaginitis específica. Se define como vaginitis no producida por trichomonas, gonorrea o *Cándida*. Mientras que el prurito es el síntoma predominante de la vaginitis por *Cándida*, la presencia de secreción y olor son la clave de una vaginitis inespecífica (VI). El olor tiene una variedad de descripciones, como olor pescado, desagradable o podrido. Las secreciones son no irritantes, grises y homogéneas y, en ocasiones, pueden llegar a ser espumosas e incluso espesas o pastosas. El pH aumenta a 5,0 ó 5,5 en la mayoría de los casos y parece existir una correlación entre un pH elevado y la presencia de olor.

El organismo que se cita más frecuentemente como responsable de la VI es la *Gardnarella vaginalis* (antiguamente llamada *Haemophilus vaginalis*). Aunque se obtiene el 95% de mujeres con VI, la *gardnerella* puede también recuperarse del 40% de las mujeres asintomáticas. Cuando se situaron cultivos purificados de *gardnarella* en la vagina de 13 voluntarias, 10 de ellas no presentaron síntomas de vaginitis ni cultivos positivos. Dos mujeres presentaron cultivos positivos de dos a tres meses, pero no desarrollaron síntomas, y la décimo tercera desarrolló signos de vaginitis. Las evidencias continúan decantándose por el hecho de que la *gardnerella* es una bacteria secundaria que prospera en las condiciones de la VI, pero

los responsables pueden ser los microorganismos anaerobios que se encuentran en este estado o la combinación de *gardnerella* y los anaerobios vaginales.

Gonorrea. La *Neisseria gonorrhoea* es una causa poco común de vaginitis, responsable de menos del 4% de los casos. La vaginitis gonocócica es más común en las chicas jóvenes, ya que el epitelio vaginal es más delgado antes de la pubertad. Durante la etapa reproductora, la cervicitis purulenta es el síntoma primario. Con frecuencia, la expansión de la infección produce otros síntomas, como uretritis, bartolinitis o salpingitis, que finalmente requieren tratamiento médico. La gonorrea, por sí misma o en combinación con otros organismos, se cultiva del 40 al 60% de los casos de enfermedad inflamatoria de la pelvis, una de las principales causas de infertilidad. Debido al potencial de secuelas graves y al hecho de que hasta un 80% de las infecciones gonorréicas de las mujeres son asintomáticas, todos los exámenes de vaginitis deben incluir un cultivo rutinario de gonorrea.

Herpes Simple. La infección de herpes simple es la causa más común de las úlceras genitales en los EE.UU. Otras causas que pueden descartarse son la sífilis, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal.

Chlamydia trachomatis. La *Chlamydia trachomatis* es un parásito intracelular que rara vez produce vaginitis, pero que se encuentra con frecuencia asociado con otros agentes infecciosos comunes. Con la disponibilidad de mejores técnicas de cultivo y pruebas de anticuerpos, hoy en día la clamidia se considera un problema principal de salud en la mayoría de los países occidentales. La clamidia infecta del 5 al 10% de las mujeres y normalmente es asintomática hasta que se presentan las complicaciones como cervicitis, salpingitis o uretritis. Algunas poblaciones tienen tasas de infección de hasta un 25%. La clamidia es el organismo que se recupera con mayor frecuencia en los cultivos realizados en mujeres con enfermedad inflamatoria de la pelvis y la cicatrización tubárica parece ser más habitual que la gonorrea tras una infección de clamidias. Así pues, la clamidia puede llegar a ser más importante como causante de infertilidad y embarazos ectópicos de los que se venía creyendo.

Las infecciones por clamidias, también las suelen tener las mujeres ancianas y es por ello que lo traigo a colación en este tratado sobre la incontinencia e infecciones uretrales y vaginales así como de la vejiga urinaria.

TERAPIAS

Consideraciones dietéticas.

El entorno interno de la vagina es un reflejo del estado del resto del organismo. La vagina produce una secreción continua que afecta a la flora microbiana y se ve afectada por ésta. Dichas secreciones contienen agua, nutrientes, electrolitos y proteínas. La cantidad y la naturaleza de dichos componentes se ven alteradas por factores hormonales y dietéticos. En todos los casos se recomienda una dieta en general sana que garantice la disponibilidad de todos los nutrientes en la cantidad suficiente para optimizar la respuesta del organismo ante estados de cambio. Una dieta equilibrada, baja en grasas saturadas, azúcares y alimentos refinados, es particularmente importante en casos originados por organismos infecciosos, especialmente la cándida. Una dieta rica en alimentos que contengan lisina, y baja en alimentos que contengan arginina, reducirá el número de los brotes herpéticos. Sin embargo, la mayoría de los alimentos ricos en lisina son productos de origen animal que también son ricos en grasas saturadas. Una dieta baja en arginina combinada con suplementos de lisina garantiza que se obtengan los niveles apropiados de lisina sin una captación excesiva de grasas saturadas.

Elementos nutricionales

Vitamina A y betacaroteno. Estos nutrientes son necesarios para el crecimiento normal y la integridad de los tejidos epiteliales, tales como la mucosa vaginal. La vitamina A es esencial para la respuesta inmune y la resistencia a las infecciones sean adecuadas. La IgA secretoria, un factor indispensable para la resistencia a la infección de las membranas mucosas, se presentan en niveles bajos en individuos con deficiencia de vitamina A. El betacaroteno es una fuente de precursores de vitamina A no tóxicos. Además, se ha observado que la mejora de las cifras de células T inmunológicamente activas y altera su proporción favorablemente. Debe advertirse que la vitamina A en exceso puede ser tóxica y teratogénica (por eso no se debe tomar más de veinte días seguidos). Este hecho es especialmente preocupante en mujeres de edad reproductora o en mujeres ancianas.

Complejo vitamínico B. El complejo vitamínico B es necesario para el metabolismo de los carbohidratos, el catabolismo (desintegración) y la síntesis de las proteínas, la replicación celular y la función inmune. Se ha

demostrado que la vitamina B₂ y B₆ tiene efectos similares a los estrógenos y actúan sinérgicamente con el estradiol. La vitamina B₁ y el ácido pantoténico potencian la acción del estradiol, aunque no tienen actividades de estrógenos por sí mismos. Esto surge que el complejo B puede ser útil en estados de carencia de estrógenos, como la vaginitis atrófica, en particular si se combinan con fitoestrógenos. Pero no debemos olvidar que estos síntomas son muy frecuentes en las mujeres ancianas y también en las posmenopáusicas.

Vitamina C y bioflavonoides. Estos nutrientes son esenciales en cualquier proceso relacionado con la función inmune. La carencia de vitamina C reduce la actividad destructora de bacterias de los leucocitos. La vitamina C y los bioflavonoides mejoran la integridad de los tejidos conectivos, reduciendo así la propagación de la infección. Asimismo, ambos nutrientes son útiles en la reducción de las frecuencias y gravedad de los brotes de Herpes simples.

Vitamina E. La falta de vitamina E reduce la respuesta inmune. En varios experimentos se ha demostrado un aumento de resistencia a la infección clamídea al suministrar a los individuos aportes complementarios de vitamina E. Ésta también regula el metabolismo de vitamina A de los humanos. La vitamina E tiene efectos beneficiosos para muchos de los síntomas de la menopausia sin el riesgo de la terapia de estrógenos; entre los síntomas que se pudieron mejorar, que se encuentran documentados en varios estudios, se incluyen los sofocos, la atrofia vaginal, las cefaleas, las tasas de infección vaginal y vulvovaginitis diabética. Se cree que la influencia de vitamina E en muchos de estos problemas hormonales se debe a que reduce la desintegración de progesterona. Parece que las aplicaciones tópicas combinadas con dosis administradas por vía oral proporcionan los mejores resultados. También hay que tener en cuenta que la vitamina E es la vitamina del sistema cardiovascular que en los ancianos suele estar siempre afectado.

En cambio, la captación de vitamina E en exceso (Más de 1.200 UI diarias) puede ser inmunosupresora y eleva de manera transitoria la presión sanguínea. Por tanto, debe prestarse especial precaución en personas con diabetes, hipoglucemia, hipertensión o enfermedades coronarias. Y nos podríamos preguntar ¿Sí la vitamina E es tan importante como la tomamos sin efectos secundarios? En efecto la naturaleza que todo lo prevé, nos ha dado el germen de trigo que tanto en aceite como en perlas como en escama, tiene efectos importantísimos y a veces mucho más eficaces que la vitamina E química. Está demostrado que el germen de trigo tiene una gran cantidad de vitamina E purísima y que no tiene efectos

secundarios de ninguna clase, luego en los casos expuesto considero que la vitamina E se debe tomar del germen de trigo y no de otra clase.

Zinc. Los niveles bajos de este mineral están asociados con la reducción de la inmunidad y del funcionamiento de la glándula timo, corrigiendo ambos cuando se repone. El zinc es también esencial para la correcta utilización de la vitamina A. Muchos de los adultos que, se consideran bien alimentados, reciben en la dieta menos del 50% de la cantidad de zinc que se recomienda al día, presentando uno o varios signos notables de deficiencia.

Se ha demostrado que el tratamiento con zinc por vía tópica y oral reduce la duración y la gravedad de los brotes de herpes. Este efecto puede ser debido a la acción del zinc en la producción de prostaglandinas o la actividad antiviral directa del ion zinc. Los niveles altos de zinc son también tóxicos para la clamidia y el tricomonas, habiéndose empleado satisfactoriamente en casos que no respondían a la terapia de los antibióticos. Pero en esto como en todo, la naturaleza también nos da en zinc quelatado y de esta forma no tendremos los efectos secundarios.

Lisina. Se ha demostrado que un suplemento de lisina reduce la frecuencia y gravedad de los brotes de herpes, pero que no reduce necesariamente el tiempo de curación. El mecanismo de acción postulado es que la lisina se incorpora al virus en lugar de la arginina, dando como resultado un virus inactivo. La lisina debe administrarse preventivamente en dosis pequeñas y en dosis más elevadas ante la aparición de los primeros síntomas, que se corresponde con el tiempo de mayor replicación vírica. La eficacia está relacionada con la dosis y los mejores resultados se obtienen si se combina con una dieta baja en arginina.

Litio. La pomada de litio se emplea en el tratamiento tópico de las lesiones del herpes simplex. El litio impide la replicación del virus del herpes, sin afectar a las células del anfitrión. El succinato de litio (solución al 8%) puede utilizarse solo o combinarse con el zinc en una pomada tópica.

TRATAMIENTO CON FITOTERAPIA

Regaliz (Glycyrrhiza glabra). El regaliz tiene actividad antiviral y se ha venido utilizando con resultados satisfactorios en el tratamiento del herpes. El número y la gravedad de las recurrencias pueden reducirse con aplicaciones reiteradas del gel sobre las lesiones activas. También se sabe que los compuestos de flavonoides del regaliz son eficaces contra la candida.

Clorofila. La clorofila es bacteriostática y hace las veces de calmante de las membranas mucosas inflamadas. Puede añadirse clorofila hidrosoluble a las soluciones de irrigación para el alivio sintomático.

Ajo (*Allium sativum*). El ajo es antibacteriano, antivírico y antifúngico e incluso ha demostrado ser eficaz contra algunos organismos resistentes a los antibióticos. Puede añadirse a las soluciones de irrigación o envolverse en una gasa y colocarse a modo de tapón o supositorio en la mayoría de las formas de vaginitis infecciosas. También lo podemos ingerir vía oral en forma de perlas de ajo.

Hidratis (*Hydratis canadensis*). El hidratis y el agracejo contienen el alcaloide berberina, que tiene efectos importantes contra muchas bacterias. La berberina mejora la función inmune si se toma en infusión y proporciona alivio local sintomático cuando se emplea en soluciones de irrigación, al ser calmante de las membranas mucosas inflamadas.

Plantas estrógenas. La vaginitis atrófica puede tratarse con el uso de fitoestrógenos. Estos compuestos tienen una estructura molecular similar a la del estrógeno y un efecto semejante, aunque inferior, a de los estrógenos. Entre las plantas fitoestrógenas están el hinojo, el anís, el ginseng, el dong quai, la alfalfa, el trébol rojo y regaliz. Se puede consumir en infusión, en ensalada o en cápsulas. La ventaja y, a la vez, desventaja de los fitoestrógenos es que carecen de la potencia de los estrógenos sintéticos. Por tanto es cuestión de aumentar las dosis y también de tener paciencia ya que es posible que tarde más en apreciarse sus resultados, pero también habrá menos probabilidades de experimentar efectos secundarios no deseados.

Aceite del árbol del té (*Melaleuca alternifolia*). Se trata de extracto alcohólico del aceite del árbol del té, diluido al 1% en agua, que ejerce una potente acción antibacteriana y antifúngica. Ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de tricomoniasis, candidiasis y cervicitis. El tratamiento consiste en irrigaciones diarias combinadas con tapones saturados aplicados semanalmente. No se ha documentado reacciones adversas y los comentarios de las pacientes están a favor de sus efectos sedantes.

OTROS AGENTES

Lactobacillus acidophilus. Estas bacterias deseables son un componente integral de la flora vaginal normal. Los lactobacilos ayudan a mantener sana la ecología vaginal al evitar el crecimiento excesivo de especies menos deseables. Su efecto es debido a la producción de ácido láctico, sustancias antibióticas naturales y peróxidos. Además, pugnan con otras

bacterias por la glucosa. Siempre que hay alguna irregularidad en la flora vaginal, es importante que estos organismos se restablezcan. Para ello, puede introducirse yogur de cultivo lactobacillus vivo (leerse las etiquetas, hoy la gran mayoría de los que existen en el mercado no contienen lactobacillus, por lo que tenemos que tener en cuenta exigir este tipo de yogur que también todas las marcas lo tienen). Existe un método muy eficaz y además higiénico, que es insertar una cápsula de lactobacillus en la vagina dos veces al día durante una o dos semanas, especialmente si se toman antibióticos (y muy en especial de espectro amplio), por cualquier razón, el uso regular de lactobacillus reducirá el riesgo de complicaciones como el crecimiento excesivo de *Candida*.

Yodo. El yodo aplicado tópicamente en irrigaciones es eficaz a una serie de organismos, incluidos tricomonas, *Candida*, clamidia y vaginitis inespecíficas. La povidona yodada (Betadine) tiene todas las ventajas del yodo y además ni escuece ni mancha. En un estudio publicado años atrás se descubrió que la povidona yodada es eficaz en el tratamiento del 100% de los casos de vaginitis por *Candida*, el 80% de tricomonas y el 93% de varias infecciones combinadas. Una solución de irrigación diluida en 1 parte de yodo y 100 partes de agua, dos veces al día durante 14 días, es eficaz frente a la mayoría de los organismos. Sin embargo, debe evitarse el uso excesivo, ya que el yodo se absorbe en el sistema y puede producir la supresión del funcionamiento de la tiroides. Para evitar esto, también la naturaleza lo tiene previsto es cuestión de hacer lo mismo con algas marinas, todas ellas contienen yodo natural pero la *Fucus* es la que mayor cantidad contiene, y de esta forma evitamos los efectos secundarios.

Ácido bórico. Se ha utilizado cápsulas de ácido bórico introducidas en la vagina para el tratamiento de candidiasis con tasas de éxito equivalente o iguales a la nistatina. Este tratamiento proporciona una terapia económica, fácilmente accesible para infecciones vaginales por levaduras.

Ácido acetil salicílico. La clásica aspirina también se usa con éxito en estas afecciones, lo que sucede es que no se puede abusar de ella, y para ello también la naturaleza nos ha proporcionado el principio de esta aspirina de forma natural como es el *Sauce*, de él se puede hacer infusiones, tomar en forma de cápsulas e introducirlas dos veces al día en la vagina, y así evitaremos los efectos secundarios de el producto químico.

Tintura de genciana. Los lavados vaginales con tintura de genciana han sido descritos como el método que más se aproxima a un tratamiento específico de *Candida*.

Tintura de Alholva. Los lavados vaginales con tintura de alholva es otro método muy eficaz y con grandes resultados para el tratamiento de *Candida*

TRATAMIENTO

Ya que el 90% de las vaginitis están producidas por infecciones de *Candida*, *Trichomonas* o *Gardnerella*, las recomendaciones que se ofrecen a continuación van destinadas principalmente al tratamiento de dichos organismos. Debido a sus naturalezas infecciosas, un aspecto importante de la terapia es el soporte inmune, mediante una dieta adecuada, suplementos nutricionales y fitoterapia. Para el mantenimiento general de la salud y los aspectos inmunes, un suplemento de calidad que contenga varias vitaminas y minerales proporcionará una compensación de bajo coste a la mayoría de las dietas no adecuadas. Además, los nutrientes que se citan a continuación pueden ser útiles en uno o varios tipos de vaginitis.

Dieta.

Para todas las causas de vaginitis se recomienda una dieta rica en nutrientes. Elimine todos los alimentos refinados y los carbohidratos simples, y mantenga al mínimo las grasas saturadas. Si sospecha de alergia a algún alimento, identifíquelo y suprímalo.

Suplementos nutricionales

- Vitamina A: 25.000 UI diarias; o betacaroteno 200.000 UI diarias
- Vitamina C: de 0,5 a 1 gr cada 4 horas.
- Complejo vitamina B: un complejo de vitamina B equilibrado, 10 veces superior a la ración diaria recomendada.
 - Zinc (Picolinato, o quelato preferentemente) 15 mg diarios
- Vitamina E: 200 UI diarias de alfa-tocoferol o 300 UI diarias de perlas de aceite de germen de trigo.
- *Lactobacillus* spp: ½ cucharadita 2 veces al día.

Fitoterapia

- *Echinacea angustifolia* e *hydratis canadensis*: se puede administrar en las siguientes dosis tres veces al día:

Raíz desecada o en infusión de 1 a 2 g.

Raíz liofilizada: de 0,5 a 1 g.

Tintura (1:5): de 4 a 6 ml (de 1 a 1 ½ cucharaditas).

Extracto líquido (1:1): de 0,5 a 2,0 ml (de ¼ a ½ cucharadita)

Extracto sólido en polvo (4:1): de 250 a 500 mg.

TRATAMIENTO TÓPICO

Las irrigaciones y los tapones saturados son métodos eficaces con los que se consiguen concentraciones elevadas de agentes terapéuticos en la vagina. Los siguientes agentes son útiles en el tratamiento de las formas comunes de vaginitis. En general, no debe utilizarse más de uno de estos agentes al mismo tiempo. Su variedad proporciona alternativas en casos de resistencia.

- Betadine. Hay distintos geles, pesarios y líquidos disponibles. Una solución (1:100) en una irrigación de retención mata a la mayoría de los organismos en 30 segundos.

- Tintura de alholva. Una dilución (1:100 en una irrigación de retención mata la mayoría de los organismos en 30 segundos.

- Cápsulas de ácido bórico. 600 mg, introducidas en la vagina. Su uso reiterado puede provocar irritación y durante más de siete días puede desembocar en problemas debido a su absorción sistémica.

- Cápsulas de saucirina (ácido a, salicílico). 600 mg, introducidas en la vagina. Su uso reiterado puede provocar irritación y durante más de siete días puede desembocar en problemas debido a su absorción sistémica.

- Ajo. Puede añadirse ajo troceado a cualquier solución de irrigación o puede pelarse un diente, envolverse en una gasa e introducirse a modo de supositorio vaginal. Si se produce irritación debe retirarse inmediatamente.

- Infusión de hidratis. 2 cucharaditas en una taza de agua caliente, para irrigación.

- Lactobacillus spp. ½ cucharadita en una taza de agua templada.

- infusión de regaliz. 2 cucharaditas por taza de agua caliente, para irrigación.

- Sulfato de litio. Solución al 8% aplicada tópicamente.

- Aceite del árbol del té. Utilizar una solución al 1% para irrigación e introducir un tapón saturado durante 24 horas una vez a la semana. Se advierte que algunas mujeres pueden ser sensibles al uso reiterado.

Vinagre de manzana. Esta fórmula de la medicina natural tradicional para el tratamiento de la vaginitis consiste en añadir 1 ó 2 cucharadas de vinagre de manzana y 2 cucharadas de arcilla mojada en aproximadamente medio litro de agua para irrigación.

-Sulfato de zinc. Una cucharada de una solución al 2% en aproximadamente medio litro de agua para irrigación.

RECOMENDACIONES DE CARÁCTER GENERAL

- En todos los casos de vaginitis, utilice cápsulas de lactobacillus o yogur de cultivo de lactobacillus para volver a inocular la vagina con estos organismos deseables.
- Los fallos del tratamiento pueden deberse a diagnósticos incorrectos, reinfección, falta de tratamiento de factores de predisposición o resistencia al tratamiento utilizado.
- Interrumpa la actividad sexual durante el tratamiento para evitar reinfección y reducir las lesiones en los tejidos inflamados. Si no es posible, utilice preservativos.
- En casos recurrentes, la pareja sexual debe someterse a tratamiento.
- Lleve ropa interior de algodón, en especial para la vaginitis por candida.
- El alivio sintomático inicial del prurito y escozor puede obtenerse a menudo realizando baños de asiento templados, tal cual o utilizando hierbas o sales de Epsom.
- En casos graves, a menudo es útil limpiar la vagina minuciosamente con una toalla de algodón o gasa saturada con jugo de caléndula para eliminar secreciones saturadas de microbios.

Hemos tenido en cuenta todas las posibles vaginitis que se presentan en la mujer tanto en jóvenes como en mayores, pero como hemos ido explicando las ancianas tiene especial propensión a cogerlas y es por lo que he querido exponer todas las posibles para mejor conocimiento de ellas.

Del mismo modo tendremos que hacer con los problemas más frecuentes de los varones y muy en especial de los mayores. Por eso a continuación expondré las patologías prostáticas más importantes para que también los varones sepan como tratarse esos problemas frecuentes que sobre todo existen a partir de la tercera edad.

LOS QUE DESDE HACE AÑOS PADECEN DE LA PRÓSTATA

Hay un grupo muy numeroso de enfermos que padecen desde hace años de la próstata y demás órganos genitales, así como de vías urinarias. Aunque sus molestias pueden ser debidas a diversas causas, los juntamos en este tema sobre la incontinencia por ser sus síntomas parecidos.

la mayoría de ellos son personas que han llegado o pasado la edad media de la vida y a veces ancianos, y que desde hace años van soportando sus molestias, que a veces son considerables, pero conservándose en bastante buen estado general. Es decir, que estos enfermos su proceso sigue la

marcha lenta y bastante benigna, no dando durante mucho tiempo complicaciones graves, aunque después puede complicarse si no se frena la enfermedad.

SÍNTOMAS:

Suelen ser personas que de jóvenes tuvieron buena constitución y naturaleza, fuertes, gracias a lo cual pueden soportar sus trastornos conservándose en bastante buen estado. Algunos de ellos, a pesar de sus molestias, todavía no limitan sus actividades sexuales y otros excesos de malos hábitos de vida.

Los principales síntomas que presentan son los trastornos de orina: orinar a menudo, sobre todo durante la noche, lo que obliga a despertarse varias veces, orinar poco cada vez, orina interrumpida, dificultad en empezar a orinar, imposibilidad de vaciar completamente la vejiga, dolor al orinar, chorro débil, delgado o partido, orina turbia, con poso de fosfatos o de pus, fermentaciones de la orina dentro de la vejiga.

Es frecuente el malestar en la región de la próstata (entre los testículos y el ano).

Algunos de estos enfermos tienen además trastornos sexuales como: coito incompleto y doloroso, dolor al hacer el acto sexual, etc.

A todo esto se junta un estado nervioso, debido principalmente a las molestias que sufren y también a que se ven incapacitados para muchas actividades. Los trastornos nerviosos más frecuentes son: irritabilidad, mal humor, tendencia a enfadarse por cualquier motivo y a veces ponerse coléricos, inquietud, insomnio o sueño superficial e inquieto, fácil fatiga mental, dificultad de concentrar la atención, cabeza débil, apatía, mal estar general.

CAUSAS:

En estas personas, casi siempre y durante toda su vida han actuado varias causas perjudiciales para sus órganos urinarios y genitales, que son las que han conducido al estado que estamos describiendo. Una de las más frecuentes es la blenorragia llamada también (purgaciones). Hay enfermos que han padecido blenorragia varias veces. En algunos pacientes se han podido saber que hasta diez veces la tuvieron y los daños de esta enfermedad suele ser muy graves.

Afortunadamente este tipo de patología se está diluyendo ya que las técnicas y los fármacos que hoy día tenemos son muy apreciables para

mejorar y evitar la enfermedad, pero no olvidemos que cuando estamos hablando de ancianos, ellos tuvieron en su juventud esas deficiencias que estoy exponiendo y que es posible que muchos de ellos estén sufriendo ahora las consecuencias de entonces.

Otras causas frecuentes son los excesos sexuales, (en la fornicación) cuyas consecuencias salen a veces al cabo de los años. Así mismo las infecciones crónicas de las vías urinarias, dejando aparte la blenorragia, de la que acabo de hablar.

Además de lo expuesto, en muchos de estos enfermos al llegar a la edad en que aparecen dichos síntomas, se añaden artrismo, diabetes, obesidad, malas digestiones, estreñimiento, etc., que contribuyen también a que persistan los problemas urinarios.

Parece imposible que santísimas personas lleguen a la ancianidad sufriendo tantos años molestias tan grandes. Pero así sucede, y ello nos debe servir de experiencia. Es el precio que las generaciones de mayores están pagando por sus errores de vida malsana y antinatural.

Por lo antes expuesto, es necesario despertar y darnos cuenta que estas enfermedades que nos llegan la mayoría de las veces cuando somos ancianos, es por no haber tenido unos hábitos adecuados y no habernos nutrido alimentariamente con arreglo a nuestras necesidades.

CONSEJOS Y APLICACIONES PRÁCTICAS GENERALES

No alcanzaríamos la finalidad principal que nos proponemos si, además de explicar las diversas enfermedades de la próstata y enseñar a corregirlas por sus síntomas, no explicásemos el modo de evitarlas, y en caso de padecerlas, poder cooperar con el especialista para su más rápida solución.

La mayor parte de los mayores suelen ser personas que sufren por causa de la próstata o de las vías urinarias, y a veces por notar algunas molestias, quieren salir de dudas y saber la causa de sus síntomas. Es lógico que todos quieran curarse de su enfermedad y de sus molestias.

Todo lo expuesto nos puede hacer comprender las causas, síntomas y descripción y nos facilitará la comprensión de esta parte, que es lo importante y lo que queremos que aprenda. Por consiguiente, es conveniente que el lector la lea toda con mucha atención especialmente en éste capítulo que dedicamos a las enfermedades del tracto genital y uretral.

Es obvio que estos consejos van dirigidos a los que padecen de próstata y de vías urinarias, así como a los que padecen problemas genito-urinarios sean o no mayores, ya que los jóvenes pueden sacar buen provecho de los consejos.

No es de extrañar, pues, que en los tiempos actuales la próstata sea la pesadilla que inquiete la vida de tantos varones. Pero en realidad y esto es fundamental, este panorama tan poco alentador no tiene razón de ser, ya que las enfermedades de próstata, debido al perfecto conocimiento que hoy tenemos de sus causas y los poderosos recursos que existen hoy día para evitarlas y combatirlas, podríamos decir que se sufren por descuido o dejadez.

Todos los consejos que daremos van dirigidos a poder evitar las enfermedades prostáticas y si estamos alertas conservar este órgano tan importante para el varón en perfectas condiciones. No importa la edad que tengamos, naturalmente que lo ideal es iniciar los cuidados cuando somos jóvenes, pero si no lo hizo y ahora sufre de una enfermedad de próstata, también tendrá unos buenos resultados tratándose como le indicamos. Se trata de conseguir un verdadero rejuvenecimiento de la persona y de la próstata, el cual da como resultado que los elíxires de la vida rejuvenezcan a su vez todo el organismo.

No hay duda de que conseguir todo esto es una finalidad mucho más trascendental todavía que la de evitar solamente las enfermedades prostáticas, pero todo es cuestión de imponernos una disciplina y llevarla a cabo.

ALIMENTACIÓN VITALIZADORA Y REGENERADORA

La ciencia en alimentación ha progresado mucho en los últimos tiempos, debido a las numerosas investigaciones que hacemos los especialistas en este campo. En la actualidad todos los nutricionistas, estamos de acuerdo en que, para conservar la salud y las energías del organismo, evitando así una vejez prematura, es absolutamente imprescindible observar una alimentación más sana, más equilibrada y más natural que la que normalmente se lleva a cabo. Por ello es necesario que todos nos demos cuenta las necesidades que tenemos y cambiar nuestros hábitos alimenticios por otros más naturales y equilibrados. Las personas por rutina y por costumbre de su familia siguen una dieta errónea y con ello lo único que se consigue es tener enfermedades de todo tipo y en especial las que venimos tratando. Si nos vamos mucho más atrás de nuestros padres, es decir nuestros abuelos y bisabuelos, veremos que ellos comían mucho más sano que nosotros y normalmente tenían menos enfermedades de este tipo.

A pesar de estos conocimientos, hoy día indiscutible, la mayoría de las personas, especialmente en los países desarrollados, se alimenta de una

forma malsana y antinatural, prescindiendo completamente de los muchos consejos que estamos dando constantemente en los medios de comunicación todos los dietistas. Incluso muchas personas enfermas cometen grandes errores en materia de régimen, y ello no porque su médico no les haya prescrito un determinado régimen curativo, sino porque se dejan llevar por la fuerza de la costumbre o poderosos impulsos inconscientes.

Por todo ello, creemos interesante ofrecer aquí un breve resumen de algunos de los principales descubrimientos efectuados en el campo de la alimentación.

Hace algún tiempo se consideraba como alimentos muy recomendables, especialmente para las personas débiles o enfermas, los mal llamados alimentos reforzantes y nutritivos, entre los cuales se incluían sobre todo los ricos en albúminas, como carnes, pescados, mariscos, huevos, etc., y se tenía gran fe en los caldos de carne muy concentrados y grasientos, por creer que daban fuerza a quien los tomaba.

Los estudios que se vienen haciendo a este respecto, han dado como resultado un cambio completo de opinión a las costumbres. Se sabe que el abuso de estos alimentos, antiguamente llamados reforzantes, intoxica el organismo, y que en ciertas enfermedades es preciso incluso suprimirlos por completo. En cambio, se ha comprobado que los alimentos vegetales crudos, no alterados por un exceso de cocción, es decir, en estado natural (las ensaladas variadas crudas) contienen gran cantidad de sustancias vitales: vitaminas, minerales, oligoelementos (elementos traza que se encuentran en cantidades pequeñísimas, pero que son de gran importancia para el metabolismo), fermentos, sustancias aromáticas, etc., que son indispensables para la salud y el perfecto funcionamiento de nuestro cuerpo, ya que sin ellos sobrevienen enfermedades o incluso la muerte. Estas sustancias, además de ser imprescindibles para la normalidad y equilibrio de todo el organismo, aumentan las defensas del cuerpo frente a muchas enfermedades, especialmente las infecciosas que son las que más suelen atacar a los ancianos. Son necesarias también para el crecimiento y desarrollo en la infancia (aunque este no sea el tema que estamos tocando, es bueno hacer su mención), para la conservación de la fecundidad y virilidad, para evitar los abortos en mujeres fértiles. La falta de alguna de estas vitaminas (como el PP o ácido nicotínico) produce incluso, entre otros síntomas, trastornos mentales, e incluso la demencia senil o el Alzheimer.

Desde que un médico holandés, Eijkman, descubrió en 1911 la primera vitamina (la vitamina B, cuya falta produce el beri-beri), se han

descubierto muchísimas vitaminas, más de 100 y cada año se descubre alguna otra, lo que indica que, probablemente, quedan todavía bastantes por descubrir. De este modo se pone de manifiesto la importancia de seguir una alimentación natural y sana, ya que con ella se tiene la seguridad de tomar todas las vitaminas existentes, tal como las ofrece la naturaleza, sin alteraciones. De no ser así, la especie humana hubiera desaparecido hace muchísimo tiempo.

El análisis de los alimentos ha demostrado que la alimentación que actualmente se considera normal es muy pobre en vitaminas y demás sustancias vitales. Durante las últimas generaciones, y debido a los avances técnicos, la alimentación natural se ha ido sustituyendo por una alimentación artificial y malsana, lo que demuestra la causa de numerosas enfermedades y trastornos llamados carenciales. No podemos pasar página sin hacer llamada de consideración especialmente para los ancianos, aunque la alimentación es cosa de todos, y la nutrición especialmente de aquellos que quieren cuidar su salud para no enfermarse.

Hay que saber en primer lugar que la inmensa mayoría de las sustancias vitales las contienen los alimentos vegetales: verduras y hortalizas de todas las clases, frutas tiernas y frutos secos (dulces y oleaginosas): almendras, nueces, avellanas, coco, piñones, etc.; legumbres, como garbanzos, lentejas, alubias, soja, etc. También son ricos en algunas sustancias vitales los huevos, la leche, sólo que estas dos últimas a pesar de que las comemos los humanos, tendremos que ser claros y decir, que son extraordinariamente buenos para los animales para los que están previstos y no tanto para los seres humanos, al menos si abusamos de ellos. La miel también es rica en sustancias vitales, sobre todo en oligoelementos, como el cobalto, cobre, manganeso, flúor, etc.

Los alimentos animales, son sumamente pobres en vitaminas y demás sustancias vitales. Además, las pocas que contienen se destruyen al cocerlos, asarlos o freírlos. En cambio, casi todos los alimentos vegetales pueden comerse crudos, con lo que se aprovecha todo su valor. De todos modos, las pérdidas de sustancias vitales dependen esencialmente de la forma en que se preparan los alimentos. De ahí, que cada día se imponga la cocina mediterránea española y actualizada.

Todos los especialistas en materia de alimentación coincidimos en afirmar que, cuanto más natural sea la alimentación y cuantos más alimentos crudos contenga, tantas más probabilidades existirán de dar al organismo aquellas sustancias vitales que contribuyen a conservar su vitalidad, fortaleza y salud.

CAPÍTULO X

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Las quejas sobre el sueño en los ancianos no deben ser infravaloradas, pues los ancianos consumen el 40% de todos los hipnóticos administrados. Las quejas sobre el sueño en los ancianos no deben pasarse por alto, ya que en medicamentos que antes comentaba y su uso durante largos períodos de tiempo altera la capacidad para mantenerse alerta durante el día y, por lo tanto, interfiere con la calidad de vida del anciano.

Existen variaciones en el patrón del sueño con el envejecimiento fisiológico. Entre ellas destacaremos:

1. En general, el tiempo total de sueño está disminuido. El anciano pasa la mayor parte de su sueño en fases I y II no REM, y es escasa la fase IV. La fase REM está conservada hasta edades muy avanzadas. No obstante, las variaciones individuales son muy amplias.
2. Alteración para conciliar el sueño. Así una de cada 3 mujeres y uno de cada 5 varones mayores de 65 años tardan una media de 30 minutos en conciliar el sueño.
3. El número de despertares, una vez alcanzado el sueño, se incrementa con la edad. La mayoría de las personas mayores de 65 años presentan despertares de duración superior a 30 minutos.
4. Hay una mayor tendencia a las siestas; alrededor del 20% de los ancianos realizan de forma habitual una siesta.
5. Las enfermedades crónicas, muy frecuentes en los ancianos, con síntomas de dolor, disnea o polaquiuria, pueden interferir con el sueño normal. Enfermedades psiquiátricas como depresión, ansiedad y demencia o Alzheimer también pueden influir en el sueño. La ingesta de fármacos, muy frecuentemente en ancianos, puede alterar tanto la cantidad como la calidad del sueño.

EVALUACIÓN

En primer lugar habrá que establecer claras diferencias entre enfermedades y desórdenes del sueño. Así, quejas sobre las formas de comenzar y mantener el sueño son endémicas, naturales e irreversibles en los ancianos y con pocas consecuencias en la calidad de vida y, por lo tanto, no requerirán un abordaje diagnóstico y terapéutico sofisticado. No obstante, la diferencia entre enfermedades y desórdenes no es fácil sobre todo en el anciano.

Habrá que realizar una historia médica y psiquiátrica completa, con especial atención al consumo de fármacos y alcohol. Se obtendrá información sobre el medio ambiental durante el sueño, patrón de comidas, realización de ejercicio físico y la existencia de situaciones estresantes. Se efectuará una exploración física completa a la búsqueda de signos de enfermedades que afecten al sueño.

Cuando se requieran estudios más específicos se utilizará la polisomnografía: el paciente duerme durante 2-3 noches en un ambiente con temperatura y ruidos controlados y se realizan medidas cuantitativas de latencia del sueño, tiempo total de sueño y movimientos corporales.

Las diversas alteraciones del sueño se clasificaron de forma consensuada en 1980 en los siguientes grupos: a) alteraciones en iniciar o mantener el sueño; b) somnolencia excesiva; c) alteraciones del ritmo vigilia-sueño, y d) parasomnias.

INSOMNIO

Las personas con un insomnio se quejan de dormir mal por la noche y acusar cansancio por el día. Se puede dividir en transitorio o persistente. Los insomnios transitorios están precipitados por una situación médica, de situación o psicológica aguda. Se debe tratar la causa subyacente, lo cual puede incluir consejos generales, retirada de fármacos y/o alcohol, y en algunas ocasiones, tratamiento a bajas dosis y en períodos cortos de tiempo con hipnóticos.

Las formas persistentes son aquellas que su duración es superior a 3 semanas. Entre sus causas destacan:

1. Psicológicas, como la depresión, estados de ansiedad, miedo y enfermedad afectiva bipolar.
2. Abuso de hipnóticos-sedantes (flurazepán, por ejemplo).
3. Situaciones médicas como el dolor, disnea, parestesias, disfagia y abstinencia alcohólica.
4. Mioclonías relacionadas con el sueño. Consisten en movimientos periódicos de flexión de rodillas, tobillo y cadera con extensión de los dedos de los pies que suelen durar de 20 a 40 seg, y con una periodicidad de más de 5 episodios por hora de sueño. cada una de estas mioclonías van seguidas de un despertar. Aunque su etiología es desconocida, estos movimientos alteran el sueño normal y se asocian a apnea del sueño, narcolepsia, fibromialgias y uremias. Su prevalencia varía entre el 4 y el 30% del total de quejas del sueño. En estos pacientes la realización de un ejercicio físico

moderado antes de acostarse y/o dosis moderadas de clorazepam u oxazepam pueden ser efectivas. Antes de iniciar un tratamiento farmacológico se debe investigar el ambiente que rodea al sueño e incluso indicar algunas técnicas que puedan mejorar al insomne. Asimismo se indicarán unos consejos generales entre los que figuran evitar ingerir cafeína, nicotina y alcohol antes de acostarse, permanecer en la cama sin estar dormido largos períodos de tiempo, indicar técnicas de relajación progresiva, autohipnosis, meditación y biorretroalimentación.

Podemos iniciar el tratamiento de difenhidramina, antihistamínico sedante, debido a sus escasos efectos secundarios. Los ancianos con insomnio crónico se pueden beneficiar de dosis mínimas de antidepresivos del tipo amitriptilina o trazodona.

Las benzodiazepinas, debido a su toxicidad y riesgo de dependencia en los ancianos, se utilizarán con mucha cautela; se elegirá la mínima dosis y el fármaco de menor actividad y vida media. Triazolam, alprazolam y oxazepam producen un comienzo rápido del sueño, poca acumulación y menos intoxicación; sin embargo, los riesgos de tolerancia, dependencia y reacciones de retirada son altos. Una dosis inicial de 15 mg de fluzepam o 0,125 mg de triazolam al irse a la cama puede ser útil. Las benzodiazepinas de vida media larga como el diazepam deben ser evitadas en los ancianos. Los barbitúricos presentan varios inconvenientes, como la tendencia a crear el hábito, graves interacciones medicamentosas, problemas enzimáticos hepáticos y fenómenos de rebote como agitación y Delirium. Estos son los motivos por lo que está contraindicado su uso en el tratamiento del insomnio.

Ante los muchos cuidados que hay que tener a la hora de recomendar los psicofármacos que vengo exponiendo, es conveniente que los profesionales médicos, tengamos en cuenta la otra forma de medicamentarse y que en muchísimas ocasiones son muy eficaces, por lo que es necesario que se tengan en cuenta ya que carecen en gran parte de efectos secundarios o al menos no tan fuertes como los que vengo exponiendo para los tratamientos clásicos de farmacología médica.

En la parte que expondré un poco más adelante en este capítulo explicaré las formas naturales tanto fitoterapéuticas como homeopáticas para tratar estas patologías con este sistema natural que no tienen efectos secundarios.

SOMNOLENCIA

Se caracteriza por adormecimiento diurno excesivo y deterioro del sueño nocturno. Es importante descartar todas las causas, algunas fácilmente corregibles, que puedan ser responsables y a las que personas mayores son tan propensas; por ejemplo, hipotiroidismo, uremia, hipercalcemia, anemia, hipercapnia, alteración de la función hepática, epilepsia, esclerosis múltiple y neurosífilis. Ciertos fármacos pueden tener efectos sedantes en ancianos y ser responsables de somnolencia. Entre ellos se incluyen: barbitúricos, neurolépticos, antihistamínicos, benzodiazepinas, antidepresivos e hipotensores. Por último, enfermedades psíquicas del tipo de presión puede ser causantes de somnolencia.

Una vez descarta las causas citadas pueden encontrarse:

- 1- Enfermedades respiratorias relacionadas con el sueño, de tal forma que la apnea del sueño es la causa más común de somnolencia diurna. Este síndrome se caracteriza por períodos de apnea o hipopnea de 10 seg de duración durante más de 5 veces a la hora o 30 veces en 7 horas. Se pueden distinguir tres formas: a) apnea central causada por un fallo del SNC en la estimulación del diafragma y de los músculos intercostales; b) apnea obstructiva causada por alteración en la relajación de los músculos de la garganta en la faringe posterior, y c) apnea mixta formada por un tipo central que va seguido de un componente obstructivo.

El cuadro clínico consiste en somnolencia diurna, frecuentes despertares, ronquidos, cambios en la personalidad, depresión, deterioro en memoria y cognición, alteración en la saturación de oxihemoglobina, arritmias e hipertensión nocturna.

Esta entidad se puede asociar a hipotiroidismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, polineuritis y enfermedad de Shy-Drager.

El abordaje terapéutico en las formas obstructivas, si son severas, será la cirugía. En las formas centrales se han utilizado varios fármacos como teofilina, medroxiprogesterona, protiptilina y naloxona con resultados dudosos.

- 2- Jarcolepsia, que se caracteriza por las crisis de hipersomnolia y cataplexia, que se presentan juntas o aisladas. Puede ser idiopática o secundaria a tumores cerebrales, encefalitis o traumatismos. Esta entidad, desde el punto de vista fisiopatológico, se caracteriza por una rápida entrada en fase

REM (rapad eye movements = movimientos rápidos de los ojos) sin pasar previamente por las fases no-REM.

El tratamiento consistirá en la utilización de estimulantes del SNC del tipo anfetaminas, remolina y antidepresivos en casos rebeldes. En las formas moderadas el tratamiento será simplemente de soportes y reducción del sueño.

3. Somnolencia idiomática, que representa el 15% de todas las hipersomnias. El despertar del sueño es difícil, pasando después a una situación como de embriaguez durante lo menos 2 horas. El sueño es normal y reparador. No existe un tratamiento ideal en este momento, ya que los estimulantes del SNC han dado pobres resultados.

OTRAS FORMAS DE VER EL INSOMNIO Y SUS SOLUCIONES

¿Puede ser el estrés el culpable del insomnio?

El estrés es un término que se utiliza ampliamente en la acelerada sociedad actual. A menudo, las exigencias diarias a las que estamos sometidos aumentan y se acumulan hasta un punto en que es casi imposible afrontarlas. En la tercera edad, el estrés puede estar implantado cuando realmente seguimos embutidos en la dinámica constante sin relajar en absoluto nuestra mente, pero seguimos los mismos cauces que cuando estábamos en pleno ejercicio laboral. Presiones, disputas familiares, apremios financieros, apresuramientos... son ejemplos comunes de factores estresantes. En realidad estresante puede ser casi cualquier cosa que cause una perturbación, como la exposición al frío o al calor, las toxinas del medio ambiente y las producidas por microorganismos, los traumas físicos y, por supuesto, las reacciones emocionales fuertes.

Algunos mecanismos de control básicos están orientados a contrarrestar las tensiones cotidianas de la vida. Sin embargo, si el estrés es externo, inusitado o duradero, estos mecanismos de control pueden ser bastante nocivos. El estrés acciona un número de cambios biológicos conocidos conjuntamente como síndrome general de adaptación, el cual consta de tres fases: alarma, resistencia y finalmente, agotamiento, que son controladas y reguladas por las glándulas suprarrenales.

SINTOMAS DEL ESTRÉS

- Ritmo cardiaco y la fuerza de concentración del corazón aumentan para proporcionar sangre a las áreas que necesitan responder a la situación estresante.
 - La sangre se desvía de la piel y de los órganos internos, a excepción del corazón y los pulmones, mientras que, a la vez, se incrementa la cantidad de sangre que suministra el oxígeno y la glucosa necesarios a los músculos y al cerebro.
 - Se incrementa el ritmo respiratorio para suministrar el oxígeno necesario al corazón, el cerebro y los músculos en ejercicio.
 - Aumenta la producción de sudor para eliminar los compuestos tóxicos producidos por el cuerpo y para bajar la temperatura corporal.
 - La producción de secreciones digestivas se reduce intensamente, puesto que la actividad digestiva no es crucial para contrarrestar el estrés.
 - Los niveles de azúcar en la sangre se aumentan dramáticamente, ya que el hígado vierte la glucosa en la corriente sanguínea.
-
-

TERAPIA

Debido a que el insomnio se debe, en gran parte, a factores psicológicos, se debe considerar y controlar éstos antes de inducir al sueño mediante fármacos. Las técnicas de asesoramiento o reducción del estrés (biorretroalimentación, hipnosis) pueden ser muy eficaces, se debe considerar estas formulas para el tratamiento preventivo, así como tener en cuenta los siguientes parámetros:

NIVELES DE GLUCOSA NOCTURNOS

Los niveles bajos nocturnos de glucosa en la sangre son una causa importante del insomnio de mantenimiento. El cerebro tiene una gran dependencia de la glucosa como medio de energía y una bajada de los niveles de glucosa en la sangre favorece el despertar a través de la liberación de hormonas reguladoras de la glucosa, esto es, adrenalina, glucagón, cortisol y hormona del crecimiento. Debe descartarse la hipoglucemia en el insomnio de mantenimiento, por lo que debemos tener en cuenta la siguiente tabla de síntomas, estos síntomas se deben siempre adaptar a los ancianos en el caso que estamos estudiando y viendo sus posibilidades de mejoramiento,

CAUSAS DEL INSOMNIO

Insomnio al iniciar el sueño

Ansiedad o tensión
Cambios en el entorno
Excitación emocional
Miedo al insomnio
Fobia al sueño
Entorno disociador
Dolor o malestar
Cafeína
Alcohol

Insomnio de mantenimiento del sueño

Depresión
Cambios en el entorno
Apnea del sueño
Mioclonías nocturnas
Hipoglucemia
Parasomnia
Dolor o malestar
Medicación – drogas
Alcohol.

Terapia del precursor y cofactor de la serotonina

La serotonina, compuesto neurotransmisor que se encuentra en el cerebro, es un importante inductor del sueño. La síntesis de serotonina en el cerebro depende de la disponibilidad del aminoácido Triptófano, ya que su mayor efecto es la reducción de la latencia del sueño (el tiempo necesario para quedarse dormido). Si embargo, en varios estudios clínicos doble ciego también se ha informado de que la administración de Triptófano (5 g al irse a la cama) aumenta el tiempo total de sueño y reduce los despertares. Dos importantes cofactores (vitamina B₆ y magnesio) se deben administrar junto con el Triptófano para garantizar su conversión en serotonina. Asimismo, ya que otros aminoácidos compiten con el Triptófano por el transporte en el SNC (Sistema Nervioso Central, el cerebro y la médula espinal) a través de la barrera hemoencefálica y la insulina aumenta la captación de Triptófano por parte del SNC, el consumo de proteínas se debe evitar durante su administración, que ha de ir acompañada de una fuente de carbohidratos (frutas o zumo de frutas). Existen evidencias de que la niacina tiene efectos sedantes debido a su acción dilatadora periférica y la desviación del metabolismo del Triptófano hacia la síntesis de serotonina.

Ejercicio

Hacer ejercicio con regularidad mejora el bienestar general y favorece el aumento de la calidad del sueño. Se debe practicar por la mañana o por la

tarde, no antes de dormir, y con una intensidad moderada. Por lo general son suficiente 20 minutos de aeróbic a un ritmo cardiaco de 60 al 75% como máximo (réstele a 220 los años de edad).

Síndrome de las piernas inquietas y mioclonía nocturna

Estos desarreglos son causas importantes de insomnio. El síndrome de piernas inquietas se caracteriza por una necesidad irrefrenable de mover las piernas al despertarse. Casi todos los pacientes de este síndrome padecen mioclonía nocturna. Se ha demostrado que algunos pacientes con el síndrome de las piernas inquietas muestran una respuesta satisfactoria a dosis elevadas de ácido fólico (de 35 a 60 mg diarios). Se cree que este síndrome es resultado de deficiencia de folato o quizás de una dependencia a este en algunos individuos. Es un estado habitual en personas con síndrome de mal absorción y sensibilidad a la cafeína.

La mioclonía nocturna es un trastorno nervioso y muscular caracterizado por contracciones reiteradas de uno o varios grupos musculares, normalmente de la pierna, durante el sueño. Lo habitual es que cada convulsión dure menos de diez segundos. El paciente normalmente no es consciente de las mioclonías y sólo se queja de despertares nocturnos frecuentes o de sopor excesivo durante el día, pero suele descubrirlo preguntándose a su pareja. La vitamina E se ha aplicado con éxito en la mioclonía nocturna.

Compuestos de origen vegetal con propiedades sedantes

Existen numerosas plantas con acción sedante. Las que se prescriben normalmente como estimulantes del sueño son: la pasionaria o pasiflora (pasiflora incarnata), el lúpulo (*Humulus lupulus*), la valeriana (*Valeriana officinalis*), la escutel-laria *Scutellarea latriflora*), la Manzanilla (*Matricaria chamomilla*) y la Amapola (*Papaver rhoeas* L.)

Pasionaria. La pasionaria fue utilizada por los aztecas como diaforético, sedante y analgésico. Entre sus constituyentes se encuentra el harmol, la hermana, la harmina, el harmalol, la harmalina y el pasicol.

La harmanina fue conocida originalmente como telapatina por su peculiar capacidad de producir un estado contemplativo y una ligera euforia. Más tarde fue utilizada por los alemanes en la Segunda Guerra Mundial como suero de la verdad.

Los alcaloides de la harmala son inhibidores de la monoamino oxidasa y, por tanto, su uso en combinación con el Triptófano potenciaría su efecto.

Lúpulo. El lúpulo es una hierba que, a modo de parrilla, alarga prolongados sarmientos volubles, de varios metros de longitud, lampiños, pero con prominencias duras y breves pero aguda punta reflexa, las cuales les comunican notable asperaza al tacto.

En su composición nos encontramos con: glándulas de los conos fructíferos desprendidas de estos, a lo sumo 0,25 mm de diámetro, construye el lupulino; removiendo y sacudiendo estos conos sobre un tamiz, las glándulas se sueltan fácilmente y pasan a su través. El lupulino contiene del 1 al 3% de una esencia en la que se encuentra el sequiterpeno humuleno, junto con micerno, geraniol, linalool, un diterpeno, etc. Contiene también el 55% de resina, un principio amargo (10%), materias tánicas (10%), etc. El lúpulo comunica a la cerveza cierto saborcillo amargo y su aroma característico; al mismo tiempo, facilita su conservación.

El lúpulo es diurético, hipnótico y sedativo; a pequeñas dosis es un amargo que tonifica el estómago.

Valeriana. La valeriana ha sido ampliamente utilizada como sedante en la medicina popular. Estudios científicos recientes han aportado evidencias sobre la capacidad de la valeriana para mejorar la calidad del sueño y aliviar el insomnio. En un estudio doble ciego de gran magnitud que incluía a 128 individuos, se demostró que un extracto acuoso de raíz de valeriana mejora las estimulaciones subjetivas de la calidad del sueño y la latencia del sueño (tiempo necesario para quedarse dormido), pero no dejaba sensación de resaca a la mañana siguiente.

En un estudio de seguimiento se demostró que el extracto de valeriana reducía significativamente la latencia del sueño y mejoraba la calidad de éste en los pacientes con insomnio en condiciones de laboratorio y se apuntó que era tan eficaz en la reducción de la latencia de sueño como pequeñas dosis de barbiturato o benzodiazepanos. Sin embargo, la diferencia se encuentra en el hecho de que estos compuestos producen un mayor sopor por la mañana, lo cual se ve reducido con la administración de valeriana.

Escutel-Lária, llamada también Tercianaria. Es una hierba vivaz, con la cepa o rizoma repente y tallos de 1 a 3 palmos de altura, hojas opuestas, sostenidas por breves rabillos, de figura lanceolada, acorazonadas en la base y festonadas en los bordes, de no más de 3 a 4 cm. de largo. Las flores nacen solitarias, en la axila de las hojas superiores, una en cada axila del par de hojas opuestas, echadas todas a un lado, de 10 a 15 mm. y de

color azul. El cáliz está dividido en dos labios enteros, es decir, sin dientes, y el superior trae por la parte de fuera una piececita redondeada a manera de broquel o escudito, características de este género de plantas. La corola es bilabiada, con el tubo muy saliente por encima del cáliz. No despiden olor alguno, pero es planta muy amarga.

En su composición nos encontramos con: escutelarina, que se escinde en escutelareína, una tetraflavona, y ácido glucorónico.

Esta planta está considerada en sus virtudes como febrífuga, útil, sobre todo para combatir las tercianas, probablemente por ser planta de lugares palúdicos y por su sabor amargo como la quina.

Esta planta en combinación con las anteriores tiene efectos sedantes y relajantes y en ocasiones hipnóticos.

Manzanilla. Manzanilla es la traducción del griego chamaimelon, que es manzana de tierra o enana y de ahí el diminutivo de manzanilla, aluzuela, o, según Plinio, a cierto olorcillo a manzana despiden sus flores. Camamilla vocablo griego, chamaemelum, feminizado. Matricaria se origina a su vez matriz, la matriz, porque estas plantas se consideraron excelentes para este órgano.

En su composición nos encontramos con: como el más importante de sus compuestos la esencia, que saca de las cabezuelas, por destilación, en cantidades variables. En los casos más favorables se obtiene cerca del 0,7%. Cuando se destilan separadamente las flores y el receptáculo de la cabezuela con las brácteas involucrables, se obtienen esencias diferentes: las flores de color azul; la del receptáculo involucrado, verde, que luego se vuelve amarillenta. Las flores contienen menor cantidad de esencia; el receptáculo y el involucro la dan más abundante. Las lígulas de la corona externa tienen menos que las flores del botón central. La esencia de manzanilla se compone de un hidrocarburo y de un alcohol sesquiterpénico, un alcohol tricíclico, otros alcoholes terciarios en su mayor parte dicíclicos, así como del llamado camazuleno, con un anillo de siete átomos de carbono combinado con otro de cinco.

Además de la esencia antedicha, en las cabezuelas de la manzanilla común se han hallado el ácido salicílico, un ácido octílico, epigenina, umbeliferota y el éster metílico, de la misma, pequeñas cantidades de dioxicumarina, un glucósido amorfo (que, por hidrólisis, da epigenina), sustancias resinosas, con triacontano, fitosterina, otro glucósido fitosterínico, etc. En la manzanilla se encuentran asimismo notables cantidades de vitamina C; en la planta florida y desecada, hasta 0,73%. Charles Béguin (1932), en la droga seca halló un Beta-heterósido amorfo, de color amarillo, que, por hidrólisis ácida, además de glúcido, produce

una masa resinosa no cristalizable de notable aroma. Según el mismo autor, la manzanilla común es de las pocas plantas que produce muy escasa o ninguna cantidad de glucosa, pero sí una considerable proporción de levulosa. Desde el punto de vista químico es también notable la presencia de ésteres de ácidos etínicos, con tripe enlace, que van apareciendo en otras compuestas, en lugares lo más apartados del Globo (Whemer, Kroeber, Moritz, etc.). Las facultades antispasmódicas se atribuyen a la epigenina, también es sedante, y se utiliza principalmente en los trastornos de tipo nervioso de mujeres y niños; en aquellas, sobre todo, cuando sufren las molestias de sus periodos menstruales. Es también estimulante de la digestión. Actúa asimismo favoreciendo los movimientos peristálticos del intestino, y, por tanto, tiene notables propiedades carminativas. En la manzanilla se han reconocido moderadamente facultades desensibilizantes o antihistamínicas, con las cuales se combaten ciertos estados alérgicos. El camazuleo o azuleno de la manzanilla común se utiliza habitualmente en soluciones al 2% para combatir el asma bronquial de los niños, en inyección intramuscular.

Amapola. La amapola no vive más de diez meses. En tierra baja nace con las lluvias de Septiembre, va creciendo durante el otoño e invierno, florece al comenzar la primavera, fructifica en Mayo y muere con el mes de Junio. Por la figura de sus hojas, es planta que varia notablemente; las más veces están cortadas en gajos profundos, que pueden llegar hasta la vena de un medio de ellas. Tanto el tallo, de 1 a 3 palmos de altura, como las hojas y el cabillo que sostiene la flor, muy largo y levantado, tiene numerosos pelos tiesos blancos. La flor, cabizbaja antes de abrirse, se compone de dos piezas verdes exteriores, que forman el cáliz y se caen al abrirse la flor; y de cuatro pétalos grandes, cruzados, de color rojo escarlata, a menudo con una mancha negruzca en la base, muy delgados, y arrugados en el capullo, que sólo duran un día. Los estambres son muy numerosos, y tienen filamento muy delgado y de color oscuro, y la entera, ya abierta, de un verde oliváceo. En el centro de la flor está el rudimento del fruto, de figura de urna, con un a modo de disco o de tapadera en lo alto, del centro del cual salen alrededor de siete a doce líneas oscuras radicales, que son las estigmas. El fruto tiene la misma forma de urna, es seco y abre mediante una serie de poros que se forman debajo del disco estigmático. Los capullos de amapola, si aún están poco hechos, tienen dentro de sí, los pétalos blancos (monjas); pero enrojecen rápidamente, y cuando están a punto de reventar se vuelven de un rojo encendido (frailes). Adivinar si un capullo trae monja o fraile es el quid de un juego infantil que tuvo muchos entusiastas hace años.

Las hojas de esta planta tienen sabor herbáceo y también tiene una composición interesante que veremos: Contiene alcaloides llamados readina, que también se encuentran en el opio, pero no morfina, como antes se había supuesto; y, según se sabe una pequeña cantidad de ácido mecánico. En los pétalos existe una materia colorante de tipo glucosídico, antocianidina, antocianina, etc. En las semillas de amapola hay abundante cantidad de aceite.

Los pétalos y las cápsulas de las amapolas se utilizan para combatir los accesos de tos de niños y ancianos, así como, por sus propiedades ligeramente narcóticas, para facilitar un sueño apacible a los infantes. Según Leclerc, se prescriben para calmar la tos y vencer el insomnio de los niños ancianos e individuos delicados, a quienes los narcóticos pudieran producir fenómenos anafilácticos.

Tratamiento

El tratamiento debe ser lo más conservador posible e incluir algún medio de tratamiento de los factores psicológicos que contribuyen al insomnio. Lo primero es la eliminación de aquellos factores de los que se tienen certeza que interrumpen las pautas del sueño normales, como el café (cerciórese de que se tienen en cuenta fuentes de cafeína menos obvias como el chocolate, helado con sabor a café, etc.), el té, el alcohol, la hipoglucemia, las hierbas que contienen estimulantes, la marihuana y otras drogas, muchos medicamentos que se consiguen sin receta y los medicamentos que son recetados. Si este planteamiento no produce ninguna respuesta, puede tomarse medidas más agresivas. Una vez establecida una pauta de sueño normal, se debe reducir gradualmente los suplementos y los compuestos de origen vegetal.

Suplementos

Cuarenta y cinco minutos antes de irse a dormir:

- Niacina: 100 mg (reduzca dosis si produce un incómodo sofoco que impide la inducción al sueño.
- Vitamina B₆: 50 mg.
- Magnesio: 250 mg
- Triptófano de 3 a 5 gramos.

Fitoterapia

Cuarenta y cinco minutos antes de irse a dormir

- Valeriana officinalis:

Raíz desecada o como infusión: de 1 a 2 gramos.

Extracto líquido: 1 ó 2 ml (de ½ a 1 cucharadita).

Extracto sólido (de 1 a 1,5% de valtrato ó 0,5% de ácido valérico): de 150 a 300 mg.

- Pasiflora incarnata:

Hierba desecada o como infusión: 1 a 2 gramos.

Extracto líquido: 1 ó 2 ml (de ½ a 1 cucharadita).

Extracto sólido: de 150 a 300 mg.

Consideraciones

Como venimos exponiendo en este tratado de geriatría, los tratamientos van indicados para los mayores, es decir, especialmente los ancianos, por eso los mismos deben tener en cuenta que lo mismo que un bebé necesita estar prácticamente todo el día dormido excepto las horas de comer, a medida que vamos subiendo en edad necesitaremos dormir menos horas, y si ello lo trasladamos a los ancianos tenemos que saber que los mismos con 4 a 5 horas de duerman tienen suficiente y no necesitan más, por eso muchos de ellos que estaban acostumbrados a dormir de 8 a 10 horas cada día cuando son ancianos y su cuerpo no lo necesita, creen que tienen insomnio y bien acuden al médico para que le recomendemos algún remedio o por el contrario ellos mismo sin recomendación médica toman pastillas u otros remedios para poder dormir más horas ya que ellos entienden que tienen insomnio. Esto es muy peligroso y no se debe hacer nunca, nadie debe tomar nada para dormir si no es recomendado por su médico, y si se ha de tomar sin ir al médico es preferible tomar plantas medicinales de las expuestas en este capítulo que no psicofármacos que las primeras no tienen efectos secundarios y las segundas los pueden tener, por lo tanto seamos conscientes y cuando no estemos conformes con lo que dormimos, mejor consultar con nuestro médico. Otra cosa es que usted cuando se levanta de la cama se encuentre más rendido que cuando se acostó, en ese caso es posible que esté con insomnio, pero desde luego debe ser su médico quien le lleve el caso y no automedicarse nunca para esta enfermedad especialmente.

CAPÍTULO XI

ÉTICA GENERAL

Aspectos éticos generales

Como punto de partida para este capítulo habría que señalar que, en términos generales, las consideraciones éticas referidas al paciente anciano no tiene por qué ser particularmente distintas de las que cabe plantearse ante un paciente de cualquier otra edad. Sin embargo, de hecho, en la práctica diaria surgen con frecuencia aspectos específicos que merece la pena comentar o, al menos enumerar.

En los años sesenta del pasado siglo se acuñó en EE.UU. el término ageísmo definido como discriminación en contra del anciano sobre la base de su propia edad. En este sentido o en el más amplio de falta de tolerancia en muchos casos y de abuso franco en otros, el vocablo se ha incorporado a diferentes “ismos” más clásicos, como racismo o sexismo. Actitudes ageístas son comunes fuera y también dentro de la profesión médica: Tengo la desgracia de que sólo me ingresan viejos, “otro Picus”, de cuatro urgencias tres eran momias, o expresiones similares, son frecuentes en nuestros hospitales. En el marco de este ageísmo hay que contemplar buena parte de los problemas éticos que se comentan a continuación.

1. Aplicabilidad de la alta tecnología a la población anciana. Cada vez con mayor frecuencia se tiende a utilizar el criterio rentabilidad al establecer decisiones médicas. Esta rentabilidad puede serlo en términos muy variados: económicos, posibilidad de recuperación, expectativa de vida del paciente, presión social, etc. En base a ella el anciano, sobre todo el anciano no de pago, se ve frecuentemente discriminado negativamente cuando presenta su opción a un programa tecnológicamente caro o necesariamente limitado en el número de personas que pueden beneficiarse de él. Esto ha ocurrido y sigue ocurriendo en situaciones como los programas de hemodiálisis, el acceso a unidades de cuidados especiales, o el orden de prioridad ante determinadas exploraciones diagnósticas (resonancia magnética nuclear, escáner, etc.) o terapias de (alta cirugía).

En otras ocasiones ha sido criterios supuestamente médicos los que han determinado esta selección negativa. Criterios que en muchos casos, al generalizarse la técnica han demostrado ser falsos y para los que hoy no se considera la edad una contraindicación. Sin embargo,

en la práctica muchas veces el anciano sigue encontrando barreras cuando se establece el orden de prioridades para acceder a estas técnicas. Situaciones clínicas que puedan servir de ejemplo serían, entre otras, la cirugía coronaria, la angioplastia, determinados trasplantes de órganos, etc.

El criterio edad nunca debe ser determinante para negar a un paciente el acceso a estas técnicas. Es posible que el paciente anciano tenga en muchos casos razones médicas que desaconsejen su incorporación a algún programa de este tipo. Si esto ocurre, la negativa se establecerá en base a ello, nunca utilizando como argumento la partida de nacimiento.

2. Decisiones en torno al problema de la residencia. Dónde ubicar al anciano incapacitado física o psíquicamente y al que su familia no puede o no quiere mantener en casa. El problema es más político que médico. Una buena infraestructura de residencias asistidas, de programas de atención a domicilio, de hospitales de día y, en general, servicios sociales contribuiría a minimizarlo. Mientras esto no se generalice, la prioridad para establecer a los medios de que se disponen depende, en muchos casos, de una decisión médica. El papel del geriatra se plantea aquí en términos de educación sanitaria al paciente y a la familia, de orientación sobre las posibilidades existentes y también de presión social y política basada en su propia competencia profesional.

Entre las obligaciones del médico en este terreno está la de velar por una buena asistencia sanitaria en las residencias de ancianos, correspondan éstas al sector público o privado, y denunciar todo tipo de insuficiencias o de abusos en este sentido. La indefensión de muchos de ellos y el propio ageísmo social comentado, convierte al anciano asilado en presa fácil de todo tipo de agentes sin escrúpulos y en víctima propiciatoria de las mafias de la miseria.

3. Derecho al consentimiento informado. Se trata del primero de los derechos del paciente de cualquier edad en materia de salud y constituye su principal garantía para mantener la propia armonía, la propia capacidad de decisión. El médico debe informar de todas las posibles opciones diagnósticas y terapéuticas, con sus ventajas e inconvenientes, incluida la de no hacer nada. Junto a ello podrá recomendar una u otra de estas opciones, pero deberá ser el paciente quien, adecuadamente informado, preste o no su conformidad al plan propuesto. Esto supone la necesidad de un diálogo y reconocimiento por parte del médico de que el paciente ha comprendido el tema y

tiene capacidad para decidir a favor o en contra de su propuesta (rechazo informado). Así pues, elementos esenciales de este derecho son: la comunicación de la información, la comprensión de la misma, y la voluntariedad del consentimiento o rechazo por parte del enfermo. En el caso de los ancianos este derecho se tiende a ignorar en mayor medida que a otras edades, tanto por parte del médico como, con frecuencia, por parte de la familia, que suelen erigirse en intérprete de la voluntad y conveniencia del anciano.

Un problema que surge con frecuencia es el de la capacidad real para tomar decisiones por parte del anciano. Resulta difícil valorar este punto en las situaciones límite. El médico es quien primero debe juzgar este aspecto. Para ello, deberá valerse de cuantos elementos considere oportunos, incluidas la amplia gama de pruebas homologadas para medir la situación mental del anciano. Muchas veces va a ser el propio sentido común el mejor elemento complementario a la hora de la valoración. Cuando, por incapacidad manifiesta, el consentimiento debe proceder de la familia (proxy consent), es importante valorar que las decisiones no vayan en perjuicio del propio anciano, ya que sus intereses no siempre son coincidentes con los de su familia.

4. Existen otros derechos del anciano que rozan más o menos de lleno en la profesión médica. Son los que se derivan de decisiones médicas con incidencia directa en las condiciones de vida cotidiana del anciano y que va a influir de modo muy importante en su calidad de vida. A modo de ejemplo, entre los muchos posibles, se puede tomar el derecho a conducir. Poder conducir un automóvil representa en nuestra sociedad una de las formas de independencia más evidentes para un anciano. El proceso de envejecer, con sus limitaciones de todo tipo y especialmente por las referidas a los órganos de los sentidos, supone una posibilidad más elevada de accidentes de tráfico. En la superación de este dilema, que puede servir de ejemplo para otras situaciones comunes en la vida diaria, tiene un papel muy destacado tanto el legislador como el médico. El primero debe actualizar las normas de renovación de permisos de conducir y exigir unas revisiones serias y a plazos tanto más cortos mayor sea la edad del anciano. Al médico corresponde actuar con rigor y seriedad, manteniendo un equilibrio entre lo que razonablemente puede constituir un riesgo y lo que supone un reconocimiento de calidad de vida y de independencia para quien dispone ya de un margen muy estrecho de una y otra.

Atención al paciente terminal

En torno al paciente terminal se concentra buena parte de los problemas éticos más importantes con que debe enfrentarse el médico. Constituye una paradoja que una de las carencias que las facultades de medicina permiten al estudiante que concluye sus estudios de pregrado es la referida al aprendizaje de todo lo concerniente con el proceso de morir. Salvo excepciones, cabe afirmar que ningún programa, disciplina, clase teórica o práctica, permite exponer, comentar o discutir los numerosos problemas de todo tipo que plantea al médico el encuentro con la muerte. Tampoco la formación prosgaduada se ocupa especialmente de este tema. Es al inicio de su ejercicio profesional cuando un día cualquiera ese estudiante –ya médico- se encuentra por primera vez con la muerte de forma directa, sin otros apoyos que los que por sí mismo sea capaz de procurarse, y se ve obligado a enfrentarse a una situación que sobrecoge y le plantea, junto a los problemas más o menos previsibles, otros absolutamente inéditos, muchas veces nos imaginamos y ante los que, con frecuencia, la primera tentación es la de huir.

La omisión de una cuestión tan esencial responde, consciente o inconscientemente, a algo que ha sido definido como una de las características de nuestra época: la tendencia de nuestra sociedad a eludir el problema de la muerte. Hablar de ella resulta de mal gusto. Tampoco es un tema sobre en que pensemos demasiado. Tan sólo cuando toca muy de cerca, algún familiar o amigo muy próximo y, en seguida, tendemos olvidarlo. La muerte y yo nunca nos encontramos, decía EPICURO, Nuestra sociedad intenta ser fiel a esa norma. Una cosa es que sepamos que vamos a morir. Además, en último término es el otro el que muere. La muerte representa un fallo, un fracaso, una frustración para todos, pero que se revela especialmente desagradable y acusadora para los médicos.

El anciano es con más frecuencia que ningún otro el protagonista de la historia: 4 sobre cada 5 muertes hospitalarias lo son en mayores de 65 años. Además, en él, el problema se plantea con tintes más dramáticos. El anciano nos recuerda demasiado la circunstancia de la muerte. Nuestra sociedad, sus hombres y sus mujeres, ven en el anciano a un heraldo próximo que les anuncia un camino inevitable y les recuerda su condición de mortales. Se mueren los viejos y está bien que así sea. Es ley de vida, se dice. Cabe añadir todavía que el anciano tiene una experiencia mayor de la muerte. La ha vivido en más ocasiones a través de sus conocidos y de su propia familia. Se siente más familiarizado con ella. La sabe necesariamente próxima y todas estas vivencias le otorgan mayor sensibilidad ante ella.

Dos son los mensajes de partida: el médico no puede rehuir el tema, lo va a encontrar desde el primer día. Y el médico no puede esquivar su responsabilidad, va a tener que asumir, quiéralo o no, un papel que alcanza más allá del mero ejercicio de curar – o intentar curar- para lo que ha sido preparado, y se aproxima al de un director de escena que debe – o al menos eso espera de él en muchas ocasiones- ejercer un cierto control sobre todas las circunstancias que acompañan a la muerte de su enfermo. Por consiguiente, nuestro médico debe prepararse para ello desde su período formativo, reflexionar y asumir unas cuantas ideas –sus ideas- que le permitan evitar las inhibiciones, no tener que improvisar y afrontar, en suma, de manera coherente esta situación.

Ante el hecho de la muerte tan sólo tenemos dos certezas: la seguridad de que nos va a alcanzar y la ignorancia del momento. Su realidad, la idea que tenemos de la muerte y de su después, condiciona la actitud ante la vida de un buen número de seres humanos. A nivel medicosocial nuestra época ha introducido cambios importantes en la manera de vivir la muerte, que van más allá de ese deseo de ignorarla referido antes. Se muere de otra forma y en otros sitios. Los hospitales e instituciones tienden a remplazar a la propia cama. La tecnificación y los aparatos sustituyen a la familia. Además, en muchos casos los avances de la medicina permiten una razonable estimación aproximativa en algo tan importante como es el cuándo se va a producir la muerte. Todo ello ha dado lugar a que la búsqueda de una muerte digna se haya convertido en uno de los tópicos – y de las obsesiones- más discutidos de nuestro tiempo.

A la persona que se siente morir, mucho más a la que sabe que se va a morir, se le plantean diferentes conflictos a la que sabe que se va a morir, se le plantean diferentes conflictos que su médico debe conocer y ser capaz de valorar. Conflictos que básicamente puede agruparse en dos grandes apartados: pérdidas y temores. Entre las pérdidas una de las más importantes es la propia independencia. Independencia para llevar a cabo su papel en familia y en la sociedad, para ganar dinero, para manejarse por sí mismo en un sentido moral y también en el sentido más físico de la expresión (vestirse, comer, lavarse, cubrir sus necesidades fisiológicas, etc.). Se producen pérdidas de imagen y de apariencia. El espejo es un cruel enemigo del moribundo. Pérdidas en muchos casos del control de los conocimientos, de la capacidad para tomar decisiones e incluso para seguir el proceso de la propia enfermedad. Son pérdidas en muchos casos automáticas e inevitables, pero que en otros se le impone al paciente desde fuera, desde la propia familia, desde la sociedad o desde la institución sanitaria, lo que puede multiplicar el carácter doloroso del conflicto.

Existen múltiples miedos. En primer lugar a la propia muerte, y aquí cabría recordar los trabajos de Elisabeth Kübler-Ross con su sistematización, indignación de las 5 fases por las que suele pasar el moribundo: negación, indignación y rabia, regateo, depresión y aceptación. Miedos que se traducen muchas veces en pérdidas de esperanza, en sentimientos de frustración cuando se analiza la vida pasada, o en exageración del sentido de la responsabilidad al pensar en los problemas que se dejan pendientes. Miedos también a aspectos mucho más concretos: al dolor que puede llegar, a los efectos del tratamiento, a la situación económica, o al rechazo y abandono por parte de familia y amigos.

En el caso del anciano estos conflictos normalmente se multiplican. A todo lo expuesto cabe añadir nuevos problemas. Piensa que ya ha vivido demasiado y que los otros lo saben. Que por ello no se le trata como a los jóvenes y que su pérdida va a ser menos llorada. Con frecuencia se siente como una carga y que lo suyo sería estar ya muerto. El anciano además es consciente de que la sociedad está montada en función de la juventud y de la productividad, lo que acentúa su sensación de estorbo. Además, en muchos casos, él mismo espera hasta desea la muerte. Ha sufrido suficientes pérdidas en su entorno como para sentirse muy solo –con frecuencia de hecho lo está- en un mundo en que ni entiende ni le entiende. El dejarse morir constituye un fenómeno mucho más común de lo que habitualmente se piensa en personas de edad avanzada. Con todo, ninguna de estas consideraciones evita, aunque sí matiza, el carácter conflictivo con que el proceso de morir se plantea en el anciano.

Resulta imposible dar unas normas específicas acerca de cuál debe ser la actuación del médico cuando se encuentra con un anciano moribundo. Sí puede tener interés recordar algunos de los problemas concretos con los que se va a tener que enfrentar.

En primer lugar el que podríamos llamar de comunicación de la noticia. Se debe o no informar al paciente de su situación. Los hábitos varían mucho según los distintos países y culturas. En el mundo de habla inglesa la tendencia es a decir la verdad. En ello puede influir diversos factores, desde una tradición que tanto en lo religioso como en lo social favorece esta tendencia, hasta probablemente, sobre todo en EE.UU., razones mucho más pragmáticas, como pueden ser el miedo a procesos por mala práctica médica. En el mundo latino, también en el soviético mucho más a la ocultación de la verdad. Se hizo una encuesta relativamente amplia sobre este tema hace años en la que se pedía la opinión del encuestado tanto referida a sí mismo como a sus padres y su cónyuge, así como las razones de sus respuestas. Los resultados fueron publicados en otro lugar.

Merece la pena destacarla inconsecuencia que representa el hecho de que mientras una mayoría de respuestas era favorable a una información extensa referida a la propia persona, consideraba que los márgenes de conocimiento debían ser mucho más restringidos para los demás, especialmente en el caso de los padres (los ancianos). Las razones que eran válidas para uno mismo: derecho a la verdad, capacidad para asimilar la noticia, necesidad de resolver asuntos materiales o espirituales, etc., no tenían consistencia para unos padres de los que se pensaba que no iban a ser capaces de asumir esa información, iban a sufrir mucho, o a los que, en todo caso, se consideraba necesario evitarles una posible angustia.

Debe admitirse que sobre este tema no existen recetas generales. Ningún médico puede decirle a otro cómo actuar. Se trata de algo muy personal, que varía en función de varias circunstancias. Especialmente de cuatro: características de la enfermedad, situación y personalidad del enfermo, actitud del entorno sociofamiliar, especialmente importante en el caso del anciano, y, por último, forma de ser y de pensar del propio médico. En todo caso al médico debe exigírsele una reflexión previa cuidadosa, pormenorizada y muy individualizada antes de tomar una decisión.

La experiencia demuestra que es factible en la mayor de parte de las situaciones mantener al paciente ignorante durante todo el proceso. No debe ser éste el objetivo fundamental. En el fondo, de lo que se trata es de buscar aquella conducta que pueda ser contemplada éticamente sin rubor y que, al mismo tiempo, suponga un respeto a las creencias y necesidades más íntimamente humanas de la persona que va a morir. El médico deberá tener la mente abierta y resolver el problema de acuerdo con soluciones individuales y específicas para cada caso. Deberá ser prudente y tomarse todos los plazos que necesite hasta que adquiera una conciencia clara del grado de información que ese paciente concreto es capaz de asumir. Con frecuencia el enfermo no sabe realmente hasta dónde desea llegar en el camino hacia la verdad ni tampoco en qué medida va a ser capaz de asimilar. Por eso, es importante esperar a que lleguen las preguntas, ver con qué convicción son planteadas e intentar profundizar en la capacidad del enfermo para asumir las respuestas. Hay que tomar conciencia de que en el mismo momento en que el médico se manifiesta, inicia una marcha, de duración y accidentes nunca bien conocidos, pero que habrá que recorrer hasta el final de la mano del enfermo. Deberá hacer equipo con él, en su familia y con su enfermedad. Tareas del médico a lo largo de ese camino serán las de aliviar los dolores físicos y los males morales, estimular en la lucha por superar lo que se aproxima, relajar tensiones y ansiedades, prever y adelantarse a las vicisitudes que vayan surgiendo y,

en último término, asumir el papel de mano amiga, de mano que nunca abandona, y que siempre se encuentra dispuesta para proporcionar seguridad, calor y compañía.

Un segundo problema es el dolor, físico y moral. Por el dolor físico pregunta con frecuencia los enfermos. Sin embargo, el médico debe saber que el temor al dolor físico es con frecuencia más insoportable que el propio dolor en sentido estricto. Por eso, es necesario explicar al enfermo que en el momento actual todos los dolores son controlables, y, si llega el caso, aplicar los medios precisos para ello. Mucho más importante, sobre todo en el caso del anciano, son los sufrimientos morales. El temor a las soledades, abandonos y miserias de todo tipo que el enfermo anciano lúcido percibe y no raramente espera en estas situaciones. Miedo a la muerte y a la separación. También aquí la actitud del médico tiene un gran interés. Los temores serán tanto menores cuanto mejor sea la relación interpersonal, la confianza del paciente en la persona de su médico y en las capacidades de éste para superar los males y los temores que adivinan.

Otro tipo de decisión que debe adoptar el médico tiene que ver con el complejo tema de las diversas formas de eutanasia.

Una cuarta cuestión en la que la decisión médica tiene un peso muy importante es la referente al dónde morir. La muerte en el propio domicilio, con preferencia a la que tiene habitualmente un menor riesgo de agresión médica para el anciano moribundo y supone también una mayor posibilidad de despedirse de este mundo en el mismo entorno en la que se ha vivido. Esto lo afirman muchos de los ancianos conscientes que se encuentran en esta situación y que ellos son conscientes, suelen ser tajantes en este sentido: lo más espantoso que puede ocurrir a un hombre es morir en un hospital...Me gustaría que sucediera como en la Edad Media que comienzan con esta frase: el Sr. Fulano, sabiendo que iba a morir, convocó a su mujer y a sus hijos. Es una lástima que traicionando la esencia misma de la medicina...se impida la agonía y se impida el bien morir.

La posibilidad de que el moribundo reciba o no una atención religiosa en consonancia con sus propias creencias y deseos dependen también, muchas veces, de una decisión médica. El descuido, la inadvertencia, el miedo a la reacción del enfermo o de su familia, o, simplemente, la proyección sobre el paciente de las propias ideas, pueden condicionar un vacío importante en este terreno. Es difícil valorar en qué medida la religión ayuda a superar buena parte de los problemas que acompañan el trance del morir. En todo caso existe evidencia acumulada a lo largo de la historia como para pensar que una proporción muy alta de personas, y más probablemente en el caso

del anciano y en un país como el nuestro de profunda tradición cristiana, desea recibir atención religiosa. La creencia en un más allá, en alguna forma de pervivencia o de resurrección es algo que puede ayudar de forma muy importante a superar estos momentos. En todo caso, el médico debe tener presente que, como dice el teólogo español Manuel Fraijo, “no es apolíticamente segura la absorción en la nada de todo lo que tuvo que ser”. La facilitación de este tipo de asistencia, no olvidándola, ni sintiéndose incómodo ante ella, debe estar siempre presente en la mente del médico.

Un tema muy actual es el relativo a la llamada orden de no resucitar. Los intentos de resucitación ante una parada cardíaca son norma común en buena parte de nuestros hospitales. Dada la urgencia de la situación, en numerosos casos estos intentos se llevan a cabo sin tiempo para una reflexión individual sobre las posibilidades específicas de recuperación del paciente, y sin una información precisa acerca de su voluntad en este sentido. En el caso del anciano hospitalizado, el pronóstico de las patologías que conducen a este punto suele ser sombrío y las pocas encuestas que se conocen tampoco apuntan en el sentido de desear ser resucitados. Sin embargo, también es cierto que no suele disponerse de una comunicación explícita del anciano en este sentido. Por ello, y teniendo en cuenta la agresividad de esta alternativa terapéutica, pensamos que es una buena norma de conducta que tanto el médico que atiende de forma habitual al anciano, como al que se le presenta el problema en forma de emergencia médica, extremen la prudencia y tiendan a huir de las actitudes alegremente agresivas.

Problemas, tal vez de segundo orden en relación con los que se llevan comentados, pero que también se le plantean al médico en esta situación y que, por consiguiente, debe conocer, son todos los concernientes a la normativa legal existente en cada caso: informes, certificaciones, normas de la propia institución, posibilidades de traslado del cadáver, solicitud de autopsia, etc. Buena parte de estos puntos podrían ser englobados dentro de un contexto más amplio como es el de relación con la familia. En el buen o mal planteamiento y resolución de estas cuestiones va a tener un papel muy importante el grado de sintonía que el médico, así como la delicadeza formal y el respeto a la situación que se está viviendo. En el momento de producirse el fallecimiento el médico debe tener prevista la posibilidad de tener que atender las crisis de tipo nervioso que pueden presentar algunos familiares.

Solicitar y conseguir permiso para un estudio necrópsico es una de las tareas que inicialmente suelen resultar más incómodas y difíciles para el médico inexperto. Sin embargo, es algo que, en el ámbito de la medicina

hospitalaria, debería hacerse siempre. También aquí las normas sobre el cómo hacerlo son bastante superfluas, ya que tanto las situaciones como las personalidades son muy diferentes y en base a cada circunstancia específica como deberá plantearse la petición. Es un error y, con toda probabilidad, una falta de responsabilidad profesional, considerar que el hecho de encontrarnos ante un fallecido de edad avanzada resta valor a las aportaciones que eventualmente pueden surgir a partir del informe del prosector.

Se puede observar, pues, que son muchos los conflictos que pueden aquejar al anciano que va a morir y también muy numerosos los problemas que se le pueden plantear al médico responsable de afrontar la situación. Ya se ha dicho que no existen recetas válidas universales. Pese a ello, se esbozan aquí dos recomendaciones consideradas fundamentales y que tal vez puedan tener algún valor. La primera es que cuando uno se encuentra en este caso debe ante todo y sobre todo mantener la cabeza fría y no dejarse llevar por la intensa emotividad de que suelen estar impregnado el ambiente. La racionalidad debe primar sobre los sentimientos. Sólo así el médico podrá actuar con libertad y tomar en cada momento la decisión más correcta.

La segunda recomendación, quizá más importante, es de índole general, no puede improvisarse, y constituye una actitud que debe irse aprendiendo a todo lo largo de la vida. Se trata de la necesidad de haber asumido la propia muerte como condición indispensable para enfrentarse a la muerte de los demás. Únicamente de esta manera va a poder el médico ponerse en el lugar del otro, forma de comportamiento que, si debe ser recomendado en cualquier momento de la relación médico-enfermo, es en estas circunstancias donde adquiere su máximo sentido. El resto se deriva de ello. Es algo que, como dice el Nuevo Testamento, se nos va a dar por añadidura.

Para seguir con certeza lo que se puede hacer en estos casos, tendremos que referirnos a los que dice SANTIAGO en su carta y que refleja la Santa Biblia en Santiago, capítulo 1, versículos 2 al 17. “Considero todo gozo, mis hermanos, cuando se encuentren en diversas pruebas, puesto que ustedes saben que esta cualidad probada de su fe obra aguante. Pero el que aguante tenga completa su obra, para que sean completos y sanos en todo respeto, sin tener deficiencia en nada. Por lo tanto si alguno de ustedes tiene deficiencia en cuanto a sabiduría, que siga pidiéndole a Dios, porque él da generosamente a todos, y sin echar en cara, y le será dada.

Pero que siga pidiendo con fe, sin dudar nada, porque el que duda es semejante a una ola del mar impedido por el viento y aventada de una

parte a otra. De hecho no vaya a figurarse este hombre que recibirá cosa alguna de Dios Padre Jehová; es un hombre indeciso, inconstante en todos sus caminos.

Pero que el hermano de condición humilde se alboroce a causa de su ensalzamiento, y el rico a causa de su humillación, porque como una flor de la vegetación pasará. Porque el sol sale con su calor abrasador y marchita la vegetación, y la flor de esta se cae, y la belleza de su apariencia externa perece. Así, también, el rico se desvanecerá en sus maneras y proceder en la vida.

Feliz es el hombre que sigue aguantando la prueba, porque al llegar a ser aprobado recibirá la corona de la vida, que el Padre Jehová prometió a los que continúan amándolo. Al estar bajo prueba, que nadie diga: “Dios me somete a prueba”. Porque con cosas malas. Dios no puede ser sometido a prueba, ni somete a prueba él mismo a nadie. Más bien cada uno es probado al ser provocado y cautivado por su propio deseo.

Entonces el deseo, cuando se ha hecho fecundo, da a luz el pecado; a su vez, el pecado cuando se ha realizado, produce la muerte.

No se extravíen, mis amados hermanos. Toda dádiva buena y todo don perfecto son de arriba, porque desciende del Padre de las luces (celestes), y con él no hay la valoración del giro de la sombra”.

Con este tema Bíblico, podemos aclarar algo importante. Cuando estamos dudando, tanto por parte del enfermo anciano, como a veces por el propio médico, sería conveniente que leyéramos la Santa Biblia donde podemos aconsejarnos con certeza unos y otros de que hacer en esos momentos críticos de la vida. No tenemos que olvidar que estamos viviendo en un mundo imperfecto donde desde que nacemos sabemos que tenemos que morir, lo que no sabemos es cuando se interrumpirá la vida en nosotros, por ello siempre debemos confiar en las santas Escrituras donde si sabemos comprenderlas, nos harán humildes de corazón y llegaremos a tener la verdadera paz en cada momento, a pesar de que la misma sea muy complicada.

Confiemos en la palabra de Dios Padre, ya que él inspiró con su Espíritu Santo a los que escribieron la Santa Biblia y a pesar de estar escrito en un periodo de 1.600 años, y por muy diferentes personas y tiempos, todo en ella coincide como si hubiese sido escrita ayer mismo, lo que nos demuestra que todos ellos escribieron por la inspiración del Padre y no por ellos mismos, y es por ello, que las Santas Escrituras parecen que están escritas de ayer mismo. Sería muy interesante leer también, el tratado titulado ¿Hay alguna esperanza para los muertos? Editado por Los testigos de Jehová. Meditemos siempre que tengamos problemas, pidamos orando

(hablando) con el Padre como si estuviésemos hablando con nuestro padre físico y él nos dará la comprensión y ayuda que necesitamos en cada momento, esa ayuda que él nos da siempre sin pedirnos nada a cambio; por eso no hay amor más verdadero que el que recibimos de Dios Padre, ya que este sí que es un amor puro y siempre a medida de nuestras necesidades pidamos nuestras necesidades, y a veces tendremos que decirle al Padre, que la puerta que quiera abrirse en mi camino, sea tu mano poderosa quien me la cierre si no me conviene. Ahora tendríamos que preguntarnos ¿Podría yo conocer a Dios? La verdad es que esta pregunta muchas veces se le habrá quedado sin respuesta, naturalmente que usted podría conocer a Dios, es más Dios desea que usted le conozca. ¿Qué es lo primero que usted cuando quiere que alguien le conozca? ¿Verdad que le dice su nombre? Pues bien, ¿Tiene nombre Dios? Muchas religiones enseñan que él se llama “Dios” o Señor, pero esto no son en realidad nombres propios. Son títulos, como “rey” o “presidente”. La santa Biblia revela que Dios posee muchos títulos, entre ellos “Dios” y “Señor”. Pero también enseña que tiene un nombre personal: “Jehová”, veamos el Salmo 83:18 que dice así: “Tú, cuyo nombre es Jehová, tú solo eres el Altísimo sobre toda la tierra”. Si en su Biblia no aparece este nombre, Tenga la bondad de abrir su Biblia en Salmo 83:18 (82:19 en algunas versiones). ¿Qué dice este versículo? La traducción del Nuevo Mundo de las Santas Escrituras dicen: Para que la gente sepa que tú, cuyo nombre es Jehová, tú sólo eres el Altísimo sobre toda la tierra.” Otras Biblias lo traducen más o menos igual. Pero hay muchas que dejan fuera el nombre de Jehová y lo cambian por títulos como “Señor” o “Eterno”. Entonces, ¿Qué debería aparecer en este pasaje? ¿Un título, o el nombre de Jehová?, es lógico que El Padre Dios se llama Jehová y así lo debemos mencionar cada vez que nos dirijamos a él. La verdad es que el nombre divino se halla miles de veces en los manuscritos bíblicos antiguos. Por eso, Jehová desea que usted sepa su nombre y lo use. Podría decirse que Dios utiliza la Biblia para que usted sepa quien es él. El nombre que Jehová, que Dios mismo se puso, tiene mucho significado. Da a entender que él puede cumplir todas sus promesas y llevar a cabo todo lo que se propone. El nombre de Dios es único, pues le pertenece exclusivamente a él. En realidad Jehová es singular de muchas maneras, utilice las suyas y comuníquese con él, cuénteles cuales son sus problemas y él le ayudará siempre que sea para su bien, y siempre le aportará paz.

CAPÍTULO XII

EUTANASIA

El término eutanasia lo define el Diccionario de la Real Academia de la Lengua como “muerte sin sufrimiento físico y, en sentido restrictivo, la que así se provoca voluntariamente”. Existen varias clasificaciones o divisiones de la eutanasia. Ante todo la que divide en activa o pasiva. La primera, también llamada positiva o directa, supone una actuación expresamente dirigida a facilitar o determinar la muerte del enfermo. La segunda representa más una omisión que una acción e incluye tanto la renuncia al uso de las medicinas llamadas extraordinarias para el mantenimiento de la vida, como utilización de fármacos destinados a mejorar algún síntoma y que puede secundariamente acelerar la muerte. Esta última forma ha sido llamada “eutanasia activa indirecta”. Otra diferenciación complementaria e importante es la que, teniendo en cuenta la voluntad del paciente en aquellos casos, cada vez más comunes, en los que éste le ha expresado, distingue entre eutanasia voluntaria e involuntaria.

Se trata de un tema que se ha convertido en los últimos años en protagonista destacado de reflexiones y polémicas entre profesionales del pensamiento procedentes de áreas tan distintas entre sí como la medicina, el derecho, la ética o la religión. Desde todas estas perspectivas debe ser contemplado. Su trascendencia hace que la discusión rebase ampliamente el marco académico e intelectual para alcanzar de forma apasionada y extensa a otros muchos grupos sociales y aparece cotidianamente en los medios de comunicación.

Se omite aspectos tan importantes como son las connotaciones legales y religiosas. En la eutanasia, desde una perspectiva legal, se equipara a inducción al suicidio y así está contemplada en el artículo 409 del código penal, con penas de 6 a 12 años de cárcel que pueden aplicarse a 20 en casos de ayuda activa.

Si se analiza la perspectiva médica y, sobre todo, en algunos puntos específicos referidos al paciente anciano, en primer lugar hay que recordar que en la actualidad los médicos llevan a cabo con mano amplia, habitualmente sin escrúpulos morales y con aceptación mayoritaria por parte de la sociedad, medidas perfectamente encuadrables dentro de lo que suele denominarse eutanasia pasiva, especialmente en individuos de edad avanzada. Se trata de decisiones como omitir actos que podrían prolongar la vida del enfermo: transfusiones sanguíneas, administración de

determinados fármacos o traslados a unidades especiales. Junto a ello se aplican medidas, principalmente en situaciones de dolor, que pueden y de hecho hacen, acortar la vida. Se trata de decisiones que los moralistas justificarían en virtud del principio del doble efecto.

La segunda reflexión en este punto es doble y el carácter añoso del paciente hace que presente tintes peculiares. Resulta paradójicamente favorable al anciano que su propia ancianidad y, en base a ella, su previsible mala recuperación, le protejan con frecuencia contra una de las mayores amenazas que se ciernen sobre el paciente moribundo: el encarnizamiento terapéutico. Las unidades de cuidados intensivos, máxima expresión de este riesgo y encuadrables dentro de la “alta y costosa tecnología” a la que nos referimos antes, suelen ser reticentes a la hora de admitir pacientes de edad avanzada. En la misma línea, tanto los medios como el resto del personal sanitario y la familia acostumbrada a ser indulgentes con el anciano y pensárselo dos veces antes de recomendar cualquier tipo de medida de las llamadas extraordinarias.

En sentido contrario, el anciano en mal estado y con toda suerte de limitaciones presentes y futuras, se constituyen en el sujeto ideal para quien tenga la tentación de dar el salto a la llamada eutanasia activa. Sus mecanismos de defensa son escasos y las posibilidades de evitar una agresión de este tipo quedan en un buen número de ocasiones en manos de terceros. Las decisiones van a estar cargadas de una tremenda responsabilidad. Un conflicto importante puede surgir con la familia del anciano por las presiones que ésta puede ejercer y en buena parte de los casos ejerce en uno u otro sentido, atribuyéndose el papel de intérprete del mismo. Aquí, hay que repetir que, con más frecuencia de la que se piensa, los intereses y deseos del moribundo y de su familia pueden no ser coincidentes.

El 20 de Septiembre de 1984 un grupo numeroso de médicos franceses de gran prestigio hacían público un manifiesto en el que, entre otras cosas, afirmaban “haberse sentido impulsados en el curso de su carrera a ayudar a los enfermos en la fase terminal a acabar su vida en las condiciones menos malas posibles con la carencia de haber cumplido su misión”. También decían estar “dispuestos a abordar con los enfermos y a petición suya la cuestión de su muerte y a reflexionar con ellos el medio de asegurarles un fin tan desprovisto de sufrimiento y angustia como sea posible”.

En una época en la que están proliferando las sociedades pro-derecho a morir dignamente y en la que ya no resulta excepcional encontrarse con los llamados testamentos vitales, merece también la pena establecer algunas reflexiones sobre estos puntos. Frank Ingelfinger, que fue director del

Nuw England Journal of Medicine, comentaba poco antes de morir, en una editorial de la revista, que a la vista de lo que ocurre diariamente en nuestros hospitales, con frecuencia resulta un auténtico sarcasmo hablar de muerte digna y que, tal vez, a lo máximo que el médico puede aspirar es a no añadir más indignidad al hecho de morir.

En línea parecida, Aranguren señalaba, hablando de la muerte del anciano, que el individuo nunca puede ser en sentido estricto protagonista de su muerte.

Si en algún momento padeciese enfermedad o deterioro físico grave razonablemente considerado incurable y del cual cupiera esperar que le vaya a infligir graves sufrimientos o incapacitarlo para una existencia racional, solicitaría que se le permitiría morir dignamente, y muchos rechazaban vivir con medios extraordinarios. Asimismo, pedían que se le administrase los fármacos suficientes para evitarles dolores y sufrimientos, aunque ello le acelerase el momento de la muerte.

Luego ello nos hace pensar si una persona puede ser en sentido estricto protagonista de su propia muerte. Siempre va a ser, por definición, el sujeto pasivo. Nosotros no nos morimos, somos muertos. A lo más que se puede aspirar en este terreno, decían algunos es a una muerte estéticamente digna. Dignidad equivaldría a la valoración de la propia vida por los demás y ante los demás. En este sentido, la muerte siempre y sólo es un espectáculo en el cual nos morimos para los demás.

Entonces se les preguntaba también ¿Qué pide entonces a la muerte? La respuesta estaba dentro del contesto siguiente: Le pido cuatro cosas: que sea un espectáculo decoroso, que no desdiga de lo que fue nuestra vida, que lo sea en compañía y no en aislamiento tecnológico, y que lo sea en el propio entorno en el que hemos vivido. Se trata de una visión del problema probablemente en exceso “estética” y parcial, pero que puede ser interesante conocer por lo que tiene de reflexión personal filosóficamente.

Son consideraciones que deben ser tenidas en cuenta por el médico, pero que no deben anular el protagonismo, o el preprotagonismo si se prefiere, del individuo que va a morir. El respeto a la persona exige que la existencia de un testamento vital escrito por el anciano o, en su caso, la de una voluntad expresamente dada a conocer, también deba ser tomada en consideración. Ello acentúa la confianza del enfermo y permite, al menos en parte, que siga siendo sujeto de sus propias decisiones.

Hay que señalar, por último, que el tema de la eutanasia y en el de la muerte general, la situación no suele plantearse, en términos tan nítidos como a veces lo hacen quienes hablan o escriben sobre el tema, sobre todo si no se trata de profesionales de la medicina y sí de expertos en otras áreas

del pensamiento (Filósofos, escritores...) cuyas experiencias personales sobre la muerte son muchas veces aisladas. Morirse suele ser un proceso complicado, salpicado de incidentes, donde el punto final ni puede predecirse de forma exacta, ni está recortado como muchos creen. De donde las miserias, los convierten en retórica buena parte de esas reflexiones.

Pese a ello, la retórica a veces también ayuda. Por eso podríamos mencionar aquí las frases que fueron publicadas por Antonio Gala con motivo de la muerte de su madre. Son palabras que expresan lo que para su autor representa la expresión de morir con dignidad, y que constituyen un buen ejemplo de auténtico testamento vital. “Desde aquí solemnemente solicito que cuando la vida... me retire su ávida confianza, no se sostenga, ni un solo instante después, ni el pulso ni el vagido. Deseo vivir con la hermosa dignidad con que vivió este ser que contemplo adentrarse desesperado por la muerte, sin que lo dejen preso nuestros perros de presa melosos y cobardes: el malentendido amor, la abnegación estúpida, la fraudulenta esperanza. Y deseo morir (nunca comprenderé ni toleraré el amor invisible) con la hermosa dignidad con que tiene que morir un ser humano, que ha vivido su vida y a de vivir su muerte”.

Cómo admitir la muerte psicológicamente y filosóficamente

Sabemos que desde que nacemos, tenemos que morir, y eso parece ser que no queremos asumirlo, no entiendo cómo se puede vivir de espaldas a la muerte que es un acto más de la vida como lo es el nacer, luego en nuestra cultura debería incluirse el acto de morir como una cosa más que obligatoriamente un día tenemos que hacer y que será mucho mejor estar preparados para cuando llegue y asumirla con normalidad como una cosa natural, pero para prepararnos para la vida y la muerte es necesario que nos acerquemos a lo espiritual, ya que en lo material no conseguiremos nada más que agobiarnos y depresionarnos, con lo que tanto la vida como la muerte serán una angustia constante en nuestra propia vida.

¿Qué como espiritualizarnos? Es muy fácil, acercándonos más cada día a las enseñanzas que el Padre Dios Jehová nos da escritas y que la gran mayoría o no las hemos leído nunca o si las hemos leído alguna vez no las comprendimos, naturalmente que nadie nace enseñado, por lo que es necesario a veces aprender de quien lo sepa y conozca, es por ello, que todos tenemos necesidad tengamos la edad que tengamos y las circunstancias que halla en nuestra vida, para estudiar y aprender la palabra de Dios Padre todo poderoso y con el que deberemos implantar

una amistad pura, ya que de sus enseñanzas solo conseguiremos la paz y la verdad que tanto estamos necesitados.

Conocer bien al Padre Jehová es un paso importantísimo para acercarnos más a él. Es un proceso que nunca debería terminar. Imagínese que se encuentra en el monte, en una noche muy fría, y que ha encendido una hoguera para calentarse. ¿Dejaría que la misma se fuera apagando poco a poco? Naturalmente que no lo haría. Seguro que añadiría leña para que la hoguera siguiera ardiendo, ya que de hecho depende su propia vida. Pues bien, tal como la leña alimenta el fuego, el conocimiento de las Escrituras mantiene vivo el amor que sentimos por El Padre Jehová. Lo podemos encontrar en (proverbios 2:1-5).

Cuando el Hijo Jesucristo estuvo entre nosotros dejó muchas veces dicho a todos sus seguidores que mantuvieran muy vivo su amor por el Padre Jehová y por su maravillosa Palabra de la verdad. Después de resucitar les explicó a dos discípulos suyos algunas profecías de las Escrituras Hebreas que él había cumplido. ¿Qué efecto tuvo aquello? Más tarde, los discípulos dijeron: ¿No nos ardía el corazón cuando venía hablándonos por el camino, cuando nos estaba abriendo por completo el sentido de las Escrituras (Lucas 24:32).

Por ello, tenemos todos la necesidad de estudiar la Santa Biblia y aprender y entender todo lo que sencillamente nos expone este libro de libros, estoy seguro que si nos indujeran dentro de las enseñanzas el estudio de la Santa Biblia, todos seríamos más pacientes y nos sentiríamos conformes y reconfortados con nuestro papel que nos ha tocado vivir en la vida, por ello la adoración a Dios produce gozo.

El estudio de la Santa Biblia y la oración son formas de adorar a Dios que generalmente realizamos cuando estamos con otras personas: conservar sobre todo lo que creemos es primordial para el engrandecimiento de nuestro espíritu y nuestro corazón se volverá limpio y amara a todos y muy en especial al Padre Jehová sobre todas las cosas.

¿Ha hablado usted ya con alguien sobre las enseñanzas de la Santa Biblia? En ese caso, ha disfrutado de un privilegio maravilloso (Lucas 1:74). Cuando hablamos de lo que hemos aprendido acerca de dios Padre Jehová, cumplimos una misión muy importante que han recibido todos los cristianos verdaderos: predicar las buenas nuevas del Reino de Dios (Mateo 24:14; 28:19,20).

Es urgente que usted si no lo ha hecho ya, estudie la Santa Biblia, se reconfortará y llegará a comprender el misterio de la vida y la muerte y lo aceptará como algo que tenemos que pasar en la vida que vivimos. No dude que Dios Jehová valora los esfuerzos que hacemos (Hebreos 6:10).

Como vemos, mantenernos activos en esta obra nos ayuda a permanecer en el amor de Dios (1Corintios 15:58).

Si ya tenemos claro que nuestro punto principal será estudiar la palabra de Dios y aprender a saber vivir y comportarnos como él nos expone en las Santas Escrituras, es necesario que también aprendamos ¿dónde están los muertos y qué nos sucede al morir?

Cómo venimos hablando en este capítulo de eutanasia, es necesario que nos paremos a reflexionar y a saber lo que dicen las Santas Escrituras a este respecto sobre la muerte. Estas preguntas, que las personas se hacen miles de veces por miles de años, son fundamentales. Y las respuestas nos interesan a todos, seamos quien seamos, y vengamos de donde vengamos. Cuando Jesucristo abrió el camino para que podamos vivir eternamente. También vimos que la Biblia promete que la muerte no será más. (Revelación <Apocalipsis> 21:4). Pero mientras llega ese día, todos morimos. Como dijo el sabio rey Salomón, los vivos tienen conciencia de que morirán (Eclesiastés 9:5). Intentamos vivir lo máximo posible, pero seguimos preguntándonos ¿qué nos sucederá al morir?

Cuando nos toca llorar la pérdida de seres amados, quizá pensemos: ¿Qué ha pasado con ellos? ¿Están sufriendo? ¿Nos cuidan de algún modo? ¿Podemos ayudarlos? ¿Los volveremos a ver? Las religiones del mundo ofrecen distintas respuestas. Algunas enseñan que los buenos van al cielo, y los malos a un lugar tormentoso. Otras dicen que pasamos al reino de los espíritus para estar con nuestros antepasados. Y hay religiones que afirman que entramos en el mundo de los muertos para ser juzgados y después nos reencarnamos, es decir, volvemos a nacer en otro cuerpo.

Estas creencias comparten una idea básica: que una parte de nosotros sigue viviendo cuando el cuerpo muere. Casi todas las religiones, tanto del pasado como del presente, afirman que, de una u otra forma, continuamos viviendo para siempre y conservamos la capacidad de ver, oír y pensar. Pero ¿Cómo puede ser esto posible? Los sentidos lo mismo que el pensamiento, depende del cerebro, el cual deja de funcionar cuando fallecemos. Nuestros recuerdos, sentimientos y sensaciones no se mantienen vivos por si solos de algún modo misterioso. Luego según esta teoría, es imposible que lo hagan, pues dejan de existir cuando el cerebro se destruye.

Según la religión católica, apostólica romana, el cuerpo muere pero el alma puede ir al cielo si es que se ha purificado. Luego en efecto nada físico pasará a otra vida ni dimensión, pero si lo podrá hacer el espíritu y el alma.

Según la gran mayoría de las religiones orientales, el cuerpo cuando muere, pasa a una dimensión diferente donde allí esperará el regreso a un nuevo cuerpo físico, y así por periodos de 108 vidas en cada ciclo (perlas que contiene el collar del Bhuda), y al final de estas, esa alma será enjuiciada y deberá pasar por las dimensiones tormentosas para purificarse y poder volver a un nuevo ciclo de otras 108 vidas, y así, durante 3.000 veces, después si el alma no se ha realizado, quedará al servicio de la naturaleza, pero no podrá estar nunca en la presencia de la luz del Padre Jehová. Los Libros Sagrados de estas religiones hablan de ello como algo exacto instituido por el Padre Jehová Dios.

Otras religiones, tiene más o menos direcciones en este concepto de a donde van los muertos, unas para decir que una vez que morimos allí se acaba todo y otras de continuidad hacia la vida en otras dimensiones diferentes a la tercera dimensión que es la que vivimos en nuestro planeta tierra, por lo tanto ninguno de ellos, lo tienen claro, ya que estas otras dimensiones no son palpables por los cuerpos físicos que tenemos los terrícolas; sin embargo, los meridianos energéticos del cuerpo humano nos marcan claramente estas otras dimensiones y se puede analizar científicamente que existen siete dimensiones energéticas diferentes en cada uno de nosotros aunque con los ojos normales que tenemos cada uno de nosotros no los podemos ver. Si se pueden medir energéticamente con aparatos electrónicos, en los 14 meridianos, y que son de verdadera exactitud. Luego ahí, queda esa otra forma de ver la muerte como una posibilidad según la gran mayoría de las religiones orientales.

Según las Santas Escrituras ¿Qué sucede realmente al morir? Los que sucede cuando fallecemos no es ningún misterio para Jehová nuestro Padre, el Creador del cerebro. Él conoce la verdad, y en su palabra, la Biblia, explica en qué estado se encuentran los difuntos. Allí se señala con toda claridad este hecho: cuando una persona muere, deja de existir. La muerte es lo contrario de la vida, de modo que los muertos no ven ni oyen ni piensan. Ni una sola parte de nosotros sigue viviendo cuando muere el cuerpo. En efecto, no poseemos un alma o espíritu inmortal.

Después de afirmar que los vivos saben que morirán, Salomón escribió que los muertos no tienen conciencia de nada en absoluto. Entonces amplió esa verdad fundamental al decir que no pueden amar ni odiar y que no hay trabajo ni formación de proyectos ni conocimiento ni sabiduría en el >sepulcro< (Eclesiastés 9:5, 6, 10). De igual modo, Salmo 146:4 dice que cuando alguien muere, perecen sus pensamientos; en efecto, se acaba por completo. Lo cierto es que somos mortales y no seguimos viviendo después de la muerte del cuerpo. Nuestra vida es como la llama de una

vela. Cuando se apaga, no va a ningún sitio, sino que sencillamente deja de existir.

¿QUÉ DIJO JESÚS SOBRE LA MUERTE?

Refiriéndose a un amigo suyo que había fallecido, Jesucristo mencionó el estado en que se encontraban los muertos. Primero dijo a sus discípulos: nuestro amigo Lázaro está descansando. Ellos entendieron que estaba durmiendo, recuperándose de una enfermedad. Pero se equivocaban, pues Jesús les aclaró a continuación: Lázaro ha muerto (Juan 11:11-14). Observe que Jesús comparó la muerte a descansar y dormir. Su amigo no estaba ni en el cielo ni en un infierno ardiente. No se había reunido con los ángeles ni con sus antepasados, ni tampoco había vuelto a nacer como una persona distinta. Descansaba en la muerte, como si durmiera profundamente, pero sin soñar. Otros textos bíblicos también dicen que estar muerto es comparable a estar dormido. Por ejemplo, cuando mataron a pedradas al discípulo Esteban, la Biblia dice que se durmió (Hechos 7:60). De la misma forma, el apóstol Pablo escribió que algunas personas de su día se habían dormido en la muerte (1Corintios 15:6).

¿Era el propósito de Dios que la gente muriera?

Ni mucho menos. Jehová hizo al hombre para vivir eternamente en la Tierra. Como todos sabemos Dios colocó a nuestros primeros padres en un hermoso paraíso y los bendijo con salud perfecta. Sin duda que quería lo mejor para ellos. ¿Acaso hay algún padre amoroso que desee que sus hijos pasen por los dolores de la vejez y de la muerte? ¡Claro que no! Pues bien, Jehová amaba a sus hijos y deseaba que le fueran fieles en la Tierra para siempre. De hecho, la Biblia dice que Dios ha puesto el tiempo indefinido, en el corazón de los seres humanos (Eclesiastés 3:11). Así es, nos ha creado con el deseo de vivir para siempre, y ha abierto el camino para que ese deseo se haga realidad.

Si Dios quiere que vivamos eternamente habría que preguntarse, ¿Por qué morimos? Para hallar la respuesta tenemos que examinar lo que ocurrió cuando solo existían nuestros primeros padres en la Tierra. La Biblia explica: Jehová Dios hizo crecer del suelo todo árbol deseable a la vista de uno y buena para alimento (Génesis 2:9). Sin embargo, había una restricción. Dios le dijo a Adán: De todo árbol del jardín puedes comer hasta quedar satisfecho. Pero en cuanto al árbol del conocimiento de lo bueno y lo malo, no debes comer de él, porque en el día que comas de él,

positivamente morirás (Génesis 2:16,17). No era un mandato difícil, pues había muchos otros árboles de los que Adán y Eva podían comer. Pero se les dio una oportunidad especial de demostrar su gratitud a Dios, quien les había dado todo, lo que incluía la vida perfecta. Al obedecer, también demostrarían que respetaban la autoridad de su Padre celestial y que deseaban recibir sus amorosas instrucciones.

Por desgracia, nuestros primeros padres eligieron desobedecer a Jehová. Hablando mediante una serpiente, Satanás le preguntó a Eva: ¿De verdad Dios ha dicho que ustedes no deben comer de todo árbol del jardín? Ella le respondió: Del fruto de los árboles del jardín podemos comer. Pero en cuanto a comer del fruto del árbol que está en medio del jardín, Dios ha dicho: No deben comer de él, no, no deben tocarlo para que no mueran (Génesis 3:1-3).

No morirán dijo Satanás. Porque Dios sabe que en el mismo día que coman de él tendrán que abrirseles los ojos y tendrán que ser como Dios, conociendo lo bueno y lo malo. (Génesis 3:4,5). El Diablo quería hacer creer a Eva que ella le convenía comer del fruto prohibido. Según le dijo, así podría decidir por sí misma lo que estaba bien y lo que estaba mal; en otras palabras, podría hacer lo que quisiera. Satanás también acusó a Jehová de haber mentado sobre lo que pasaría si comían del fruto. Eva creyó lo que dijo el Diablo, así que tomó el fruto y lo probó. Luego le dio a su esposo, quien también comió. No es que la faltara conocimiento. Ellos sabían perfectamente que estaban haciendo lo que Dios les había prohibido. Al comer del fruto, desobedecieron a sabiendas un mandato sencillo y razonable. De este modo, despreciaron a su Padre celestial y su autoridad. ¡Qué imperdonable falta de respeto! a su amoroso Creador.

Imagínese que un hijo que usted ha criado y cuidado le desobedece y demuestra que no le tiene el menor respeto ni amor. ¿Verdad que le dolería mucho? Pues piense en cuánto debió dolerle a Jehová que Adán y Eva se pusieran en contra de él.

Adán y Eva habían desobedecido a Jehová, y no había ninguna razón para que los mantuviera vivos eternamente. Por ello, terminaron muriendo, tal como él les había advertido. Dejaron de existir. Así pues, no pasaron a vivir como espíritus en alguna otra parte. Así lo indican las palabras que Jehová dirigió a nuestros primeros padres después de su desobediencia >Volverás< al suelo, porque de él fuiste tomado. Porque polvo eres y a polvo volverás (Génesis 3:19). Dios había hecho a Adán del polvo del suelo (Génesis 2:7). Antes de eso, Adán no existía. Por lo tanto, cuando Jehová le indicó que volvería al polvo, le estaba diciendo que regresaría a ese mismo estado de inexistencia. Al igual que el polvo del que fue hecho,

Adán no tendría vida. Adán y Eva habrían podido estar vivos hoy, pero murieron porque decidieron desobedecer a Dios y, por lo tanto, pecaron. La razón por la que todos nosotros morimos es que somos descendientes de Adán, quien nos pasó el pecado y la muerte (Romanos 5:12). Este pecado es como una terrible enfermedad hereditaria de la que nadie se libra. Su resultado, la muerte, no es un amigo o una bendición, sino todo lo contrario: es un enemigo o una maldición (1Corintios 15:26). ¡Qué agradecidos podemos estar de que Jehová proporcionara el rescate para liberarnos de este cruel enemigo!

¿Cómo le beneficia conocer la verdad sobre la muerte?

Es todo un consuelo saber lo que enseña la Biblia sobre el estado en que se encuentran los muertos. Como hemos visto, no sufren ni sienten dolor. No hay que tenerles miedo, pues no pueden hacernos daño. No necesitan nuestra ayuda ni tampoco tienen la capacidad de ayudarnos. Ni ellos pueden hablar con nosotros ni nosotros con ellos. Hay muchos líderes religiosos que aseguran que pueden ayudar a los difuntos, y la gente, creyendo esa falsedad les da dinero. Pero conocer la verdad impide que nos engañen con esas mentiras (lea el libro ¿Qué enseña realmente la Biblia).

¿Acepta su religión lo que dice la Biblia sobre los difuntos? La mayoría de las religiones no lo hacen. ¿Por qué? Porque Satanás ha influido en sus enseñanzas. Él utiliza la religión falsa para hacer creer a las personas que, después de morir, seguirán viviendo en otro lugar. Además, combina esta mentira con otras para alejar de Jehová Dios Padre a los seres humanos. ¿De qué manera?

Como ya vimos, algunas religiones enseñan que los malos sufrirán eternamente en las llamas del infierno. Esta creencia insulta a Jehová, pues él es un Dios de amor y nunca atormentaría a nadie de esa manera (1 Juan 4:8). ¿Qué pensaría usted de un hombre que castiga a su hijo metiéndole las manos en el fuego por haberle desobedecido? ¿Sentiría respeto por él? ¿Desearía conocerlo quizá? Desde luego que no. Seguro que lo consideraría un individuo muy cruel. Pues bien, eso es lo que Satanás quiere hacernos creer: que Jehová tortura a muchas personas con fuego por toda la eternidad, durante millones y millones de años.

Puede que usted haya tenido dudas a este respecto, pero hágame el favor de leer los Capítulos y los versículos que les expongo de la Santa Biblia y ese mensaje nunca ha sido manipulado ya que está escrito por la

inspiración del Espíritu Santo de Dios Padre Jehová, en distintos tiempos y por muy diferentes personas, pero aún así todos coinciden.

Por todo lo expuesto anteriormente, hablar de eutanasia es muy delicado, sabemos que realmente existen enfermos que están desesperados por la enfermedad que les afecta y porque ellos saben que no tiene remedio su enfermedad y que antes o después morirán; pero si estos enfermos tuviesen la dicha de conocer la verdad, escuchar y aprender la palabra de Dios, no tendrían la más mínima duda de cómo actuar en su caso, es por lo que queremos que usted sea un estudioso de la Santa Biblia y de esta manera reconfortará su alma y su espíritu estará en contacto con el Padre y él le dará la paz y tranquilidad que se necesita en estos casos para no desearse así mismo la muerte.

No obstante, hoy palpamos los últimos días de esta raza nuestra que por los sucesos y predicciones que llegan a nosotros por medio de la Santa Biblia; por eso cuando estudiamos las profecías que están escritas para estos últimos tiempos tendremos que observar que al leerlas en la Santa Biblia podemos pensar que están escrita hace unos meses o días y que son dichas muy recientemente, pero todos sabemos que no es así y que las mismas están escritas hace muchísimos años y ahora se están cumpliendo a pie de letra, por eso nos cabe preguntarnos ¿A donde vamos y qué tiempo nos queda?

También en esto tenemos escrito no sólo en la Santa Biblia, sino en otros libros llamados también Sagrados de las religiones orientales, ellos hablan del final del año Sideral donde las Galaxias dan su vuelta alrededor del Sol Central y lo mismo que la tierra da cada año la vuelta alrededor de nuestro Sol, la Galaxia y en conjunto con todos los millones de Galaxias que están creadas en el Universo, dan la vuelta alrededor de su Sol Central y con ello, también llega en los planetas el final de una época y después el principio de otra, es decir que con ese final vendrá la eliminación de esta raza caduca y corrompida y vendrá una raza nueva para vivir la edad de oro en nuestro planeta Tierra.

De la misma forma y basándonos en nuestras enseñanzas bíblicas, les comentaré lo que a este respecto dice las Santas Escrituras, veamos:

Al ver las noticias de televisión, ¿Se ha preguntado alguna vez en que irá a para este mundo? Hoy se producen tragedias de forma inesperada que ningún ser humano puede predecir lo que pasará el día de mañana (Santiago 4:14). Pero Jehová si lo sabe (Isaías 46:10). Hace mucho tiempo, su Palabra, la Biblia, predijo no solo las desgracias que ocurren en la actualidad, sino también las cosas maravillosas que sucederán en el futuro cercano.

Jesucristo habló del Reino de Dios, el gobierno que acabará con la maldad y convertirá la Tierra en un paraíso (Lucas 4:43). La gente que escuchó a Jesús quería saber cuándo vendría ese Reino. De hecho, sus discípulos le preguntaron: ¿Qué será la señal de tu presencia y de la conclusión del sistema de cosas? Mateo 24:3) Él le contestó que el único que sabía exactamente cuándo vendría el fin de este mundo malvado era Jehová Dios Padre (Mateo 24:36). Sin embargo, Jesús predijo las cosas que pasarían en la Tierra justo antes de que el Reino trajera paz y seguridad. Y los sucesos que él predijo están ocurriendo hoy.

Antes de examinar las pruebas de que estamos viviendo en la conclusión del sistema de cosas, hablemos brevemente de una guerra que ningún ser humano pudo haber observado. Esta guerra tuvo lugar en la región invisible donde viven los espíritus, y su resultado nos afecta a nosotros directamente.

Guerra en el Cielo

Jesucristo empezó a reinar en el cielo en el año 1914 (Daniel 7:13, 14). Estos versículos bíblicos dicen lo siguiente: Seguí contemplando en las visiones de la noche, y, ¡pues vea!, con las nubes de los cielos sucedía que venía alguien como un hijo del hombre, y al Anciano de los Días obtuvo acceso, y lo presentaron cerca, aunque delante de Aquel. Y a él fueron dados gobernación y dignidad y reino, para que los pueblos, grupos nacionales y lenguajes todos le sirvieran aun a él. Su gobernación es una gobernación de duración indefinida que no pasará, y su reino uno que no será reducido a ruinas. Los apoyos a esta revelación por parte de Daniel, los encontramos en: e) Mateo 24: 30, 26: 64. Marcos 13: 26, 14: 62. Lucas 21:27. Revelación 1:7. g) Mateo 25:31. Juan 3:13. Hechos 7:56. Filipenses 2: 7. Hebreos 2: 14. Revelación 1: 13,14:14. h) Hebreos 12: 23. Revelaciones 5: 5. Salmos 2:8, 8: 6, 89:27, 110:2. Isaías 9:6. Mateo 28:18. Lucas 10: 22. 1Corintios 15: 25. Efesios 1:22. Revelación 3:21. j) Filipenses 2: 9. k) Lucas 19:12, 22: 29. Juan 3: 35. 1Génesis 49:10. m) Salmos 45:6. Isaías 9:7. Daniel 2: 44. Lucas 1:33. Revelación 11: 15.

Si queremos podemos estudiar y versarnos en lo que dicen todos estos autores de la Santa Biblia y todos ellos coinciden en lo que Daniel nos expone en su capítulo 7:13,14.

La Biblia relata: estalló guerra en el cielo: Miguel y sus ángeles combatieron con el dragón (Satanás), y el dragón y sus ángeles combatieron. El diablo y sus malvados ángeles, los demonios, perdieron la guerra y fueron arrojados a la Tierra. Los ángeles se alegraron de que

Satanás y sus demonios ya no estuvieran en el cielo. Pero los humanos no estarían tan contentos. La Biblia predijo así: ¡Ay de la tierra! porque el Diablo ha descendido a ustedes, teniendo gran cólera, sabiendo que tiene un corto espacio de tiempo (Revelación <Apocalipsis> 12:7, 9,12).

Luego es obvio que estén pasando tantos sucesos degenerativos y degradantes de nuestro planeta a partir de cuando el enemigo número de uno de la humanidad viviente, está con nosotros y acampa a sus anchas en todos sus conceptos.

La Biblia no sólo predijo que los últimos días estarían marcados por ciertos sucesos mundiales, sino también por un cambio de la sociedad humana. El apóstol Pablo describió cómo sería la gente en general. En Timoteo 3:1-5 Leemos: En los últimos días se presentarán tiempos críticos, difíciles de manejar. Estas son algunas de las características que tendrían las personas, según indicó Pablo:

- Se amarían así mismas.
- Amarían el dinero.
- No obedecerían a sus padres.
- Serían desleales.
- No sentirían cariño natural.
- No sabrían dominarse.
- Amarían los placeres más bien que a Dios.
- Aparentarían tener devoción a Dios, pero con sus hechos demostrarían que esta no tiene poder en su vida.

Por todo esto nos podemos preguntar ¿Si estamos en los tiempos del fin, merece la pena quitarnos la vida?, entiendo que es absurdo hacerlo ya que en más o menos medida de tiempo todo terminará por la guerra que Dios mantendrá con los gobiernos de la Tierra (Armagedón) y en ella no estallarán en cadena de todas las cabezas atómicas que existen en la Tierra, y todos moriremos; no será así, y lo que si terminará es el sistema de vida que llevamos luego y a ello se ha llamado el final del sistema de cosas; y en esos días vendrá sobre nosotros el Reino Celestial para la Tierra, y después de resucitar a los muertos (buenos y malos) es decir a todos seremos juzgados y también seremos instruidos por los Ungidos durante 1.000 años, para aprender las leyes que Dios Padre nos exige para vivir la vida eterna.

Los sufrimientos

Muchos se preguntan ¿Si Dios es infinitamente bueno y todo amor a sus hijos, por qué permite el sufrimiento?

En un país desgarrado por la guerra, hubo una terrible batalla que causó la muerte a miles de mujeres y niños. Todos estos civiles fueron enterrados en una fosa común rodeada de pequeñas cruces con una misma inscripción: ¿Por qué? Esta es la pregunta que más hacen quienes pasan por experiencias muy dolorosas. La hacen con tristeza cuando una guerra, una catástrofe, una enfermedad o un acto violento se llevan a sus queridos inocentes, destruye sus casas o los hace sufrir terriblemente de otras maneras. Quieren saber por qué les suceden esas desgracias.

¿Por qué permite el Padre Jehová Dios el sufrimiento? Si es Todopoderoso, amoroso, sabio y justo, ¿por qué hay tanto odio e injusticia en el mundo? ¿Alguna vez se ha hecho usted esas preguntas?

¿Hay algo de malo en preguntar por qué permite Dios el sufrimiento? Algunos creen que si lo hacen demuestran que les falta fe o que no le tiene respeto a Dios. Sin embargo, al leer la Biblia, usted verá que hubo siervos fieles de Dios que hicieron preguntas parecidas. Por ejemplo, el profeta Habacuc le dijo a Jehová: ¿por qué me obligas a ver tanta violencia e injusticia? Por todas partes veo sólo violencia y destrucción (Habacuc 1:3, Traducción en lenguaje actual).

¿Regañó Jehová al fiel profeta Habacuc por plantear esa cuestión? No, lo regañó. En vez de eso, incluyó sus sinceras palabras en las Escrituras inspiradas. Además, lo ayudó a entender mejor el asunto y aumentar su fe. Jehová desea hacer lo mismo por usted. Recuerde que la Biblia enseña que él se interesa por nosotros (1 Pedro 5:7). Dios odia mucho más que cualquier ser humano la maldad y el sufrimiento que esta causa (Isaías 55:8,9). Entonces, ¿Por qué hay tanto sufrimiento en el mundo?

Mucha gente de distintas religiones ha preguntado a sus líderes y maestros religiosos por qué sufrimos tanto. La respuesta que suelen darles es que esa es la voluntad de Dios y que él determinó hace mucho tiempo todo lo que iba a suceder, hasta las desgracias. A muchas personas les han dicho que los caminos de Dios son misteriosos o que Dios se lleva a la gente, incluso a los niños, para que estén con él en el cielo. Sin embargo, como ustedes pueden aprender en la Biblia, Jehová nunca causa nada malo. La Biblia dice: ¡Lejos sea del Dios verdadero el obrar inicualemente o con maldad, y del Todopoderosos el obrar injustamente (Job 34:10).

¿Sabe por qué las personas comenten el error de culpar a Dios de todos sus sufrimientos? En muchos casos, porque creen que el Dios Todopoderoso es el gobernante de este mundo. No conocen una sencilla pero importante verdad que enseña la Biblia y que usted debe aprender. Nos referimos a que el verdadero gobernante de este mundo es Satanás.

La Biblia dice claramente que el mundo entero yace en el poder del inicuo, el Diablo (1 Juan 5:19). ¿Verdad que eso lo explica todo? El mundo refleja la personalidad del espíritu invisible que está extraviando o engañando a toda la tierra habitada (Revelación <Apocalipsis> 12:9). Satanás actúa con engaño, odio y crueldad. Por eso el mundo, que se encuentra bajo su control, está lleno de engaño, odio y crueldad. Esa es la primera razón por la que hay tanto sufrimiento.

La segunda razón es que, como vimos anteriormente desde que el hombre se rebeló en el jardín del Edén, es imperfecto y pecador. Por lo tanto, le atrae el poder y lucha por obtenerlo, lo que ha traído guerras, opresión y sufrimientos (Eclesiastés 9:11). Como este mundo no está gobernado por Jehová no cuenta su protección. Así que la gente puede sufrir daño por encontrarse en cierto lugar en un mal momento.

Es un consuelo saber que Dios no causa sufrimiento. Él no es culpable de las guerras, los crímenes, la opresión ni las catástrofes naturales que tanto dolor nos producen. Pero aún tenemos que contestar la pregunta de por qué permite todo ese sufrimiento. Si es Todopoderoso, está claro que tiene el poder para ponerle fin. Entonces, ¿Por qué no lo hace? Como hemos llegado a conocer a Jehová y hemos visto que es un Dios amoroso, estamos seguros de que debe tener una buena razón (1Juan 4:8).

Surge una importante cuestión

Para averiguar por qué permite Dios el sufrimiento, debemos retroceder al momento en que comenzaron todos los problemas. Cuando Satanás consiguió que Adán y Eva desobedecieran a Jehová, surgió una importante cuestión. Satanás no puso en duda el poder de Jehová, pues sabía que no tiene límites. Más bien, puso en duda Su derecho a Gobernar. Al afirmar que Dios es un mentiroso y que impide que sus súbditos disfruten de cosas buenas, el Diablo lo estaba acusando de ser mal gobernante (Génesis 3:2-5). Además, estaba dando a entender que a los seres humanos les iría mejor si no los gobernara Dios. De esta manera lanzó un ataque contra la soberanía de Jehová, es decir, su derecho a gobernar.

Cuando Adán y Eva se rebelaron contra Jehová, fue como si dijeran: No necesitamos que Dios nos gobierne. Podemos decidir por nosotros mismos lo que está bien y lo que está mal. ¿Cómo resolvería Jehová la cuestión? ¿Cómo demostraría a todas las criaturas inteligentes que los rebeldes no tenían razón y que la forma en que él hace las cosas es la mejor? Hay quien piensa que Dios debería haber destruido a los rebeldes y haber creado una nueva pareja humana. Pero él ya había declarado que su propósito era que la Tierra fuera un paraíso y se llenara con los descendientes de Adán y Eva (Génesis 1:28). Y Jehová siempre cumple

todo lo que se propone (Isaías 55:10,11). Además, si hubiera eliminado a los rebeldes en el jardín de Edén, no se habría resuelto la cuestión relacionada con su derecho a gobernar.

Pongamos una comparación. Un maestro está explicando a sus alumnos cómo resolver un difícil problema de matemáticas. De repente, un alumno inteligente pero rebelde afirma que la forma en la que lo está resolviendo es incorrecta, y así da a entender que es un mal maestro. El muchacho insiste en que él conoce una forma mucho mejor de resolverlo. Algunos de sus compañeros de clase creen que tienen razón y se rebelan también. ¿Qué debería hacer el maestro? Podría echar de la clase a los estudiantes rebeldes, pero ¿Cómo reaccionarían los demás? Tal vez pensarían que su compañero y los que se unieron a él tienen razón. Podrían perderle el respeto al maestro y pensar que tiene miedo de que se pruebe que está equivocado. Pero ahora suponga que el profesor permite que el estudiante rebelde demuestre a la clase cómo resolvería él el problema.

Jehová ha hecho algo parecido. Recuerde que quienes se rebelaron en el jardín de Edén no eran los únicos implicados en la cuestión. Millones de ángeles observaron lo que ocurrió (Job 38:7; Daniel: 10). La forma en que Jehová respondiera a la rebelión tendría importantes consecuencias para aquellos ángeles y, con el tiempo, para todas las demás criaturas inteligentes. Así pues, ¿Qué ha hecho Jehová? Ha permitido que Satanás demuestre cómo gobernaría él a la humanidad. Y también ha permitido que los seres humanos se gobiernen así mismos bajo la dirección de Satanás.

El maestro del que hablamos sabe que el joven rebelde y los alumnos que lo apoyan no tienen razón. Pero también sabe que si deja que intente resolver el problema a su manera, toda la clase se beneficiará. Así es, cuando se demuestre que los rebeldes están equivocados, los alumnos que sean sinceros reconocerán que el maestro es el único capacitado para dar la clase. Además, entenderán por qué a continuación este expulsa de la clase a los estudiantes rebeldes. Del mismo modo, Jehová sabe que todos los ángeles y humanos sinceros se beneficiarán cuando vean que Satanás y los demás ángeles rebeldes no tienen razón y que la humanidad no puede gobernarse así misma. Aprenderán esta gran verdad que expresó el profeta Jeremías: Bien sé yo, oh Jehová, que el hombre terrestre no le pertenece su camino. No pertenece al hombre que está andando siquiera dirigir su paso. (Jeremías 10:23).

Hasta aquí, todo lo que procuro expresarles en cuanto a este capítulo sobre la eutanasia.

Usted debe pensar adecuadamente como actuar en el caso de una enfermedad incurable y que usted ya sabe que no tiene remedio y sí a ello le sumamos una edad avanzada, poner en su caso la eutanasia es un gran error que se demuestra ya que las condiciones y el tiempo nos darán la razón.

He querido tocar en este capítulo algo tan serio como lo que expone la Santa Biblia a este respeto y como tratar de resolverlo; que les sea de provecho.

CONCLUSIÓN

A la hora de pensar en escribir un libro para las necesidades de los más ancianos y especialmente para tratar sus patologías, quise entender bien lo que iba a exponer ya que no es tan fácil si uno no entiende a nuestros mayores, pero además tampoco es fácil entenderlos si uno no es o está a punto de formar parte de esa mayoría de edad. Por eso a pesar de llevar mucho tiempo queriendo escribir para estos mayores no lo hice hasta que tuve una edad adecuada para entenderlo también, y, ahora comprendo mucho mejor cuales eran todos esos planteamientos y síntomas que ellos nos exponen cuando vienen a consultarnos.

Dijéramos que para todo se necesita cierta experiencia y así podremos comprendernos mejor, ya que si uno forma parte de ese grupo de personas, sabe mejor lo que a ellos les preocupa y esa base es la primordial para que después se sepan con mejor atención los síntomas que nos presentan los ancianos, como entenderlos y aconsejarlos tanto médicamente como psicológicamente para su mejor remedio y solución.

Por eso espero que nuestros lectores se hayan informado y penetrado en las necesidades que tienen los mayores y a veces comprender las situaciones de soledad o de enfermedad que se les presentan especialmente a los más ancianos.

Hoy día, cuando los valores de la familia se han perdido casi en su totalidad, es muy frecuente observar y ver a ancianos que se encuentran totalmente solos a pesar de tener su familia, es decir, hijos, nietos etc. y muchos de ellos, incluso teniendo todavía su esposa, por lo que digo sin miedo a equivocarme que los valores familiares se han perdido casi en su totalidad.

Hace tiempo, los mayores eran protegidos por sus familias y siempre tenían el respeto y el cariño de los mismos, hoy día, el mayor es un estorbo dentro de su propia familia y todos en general, están dispuestos a desprenderse del estorbo. Por eso está tan de moda llevar a los ancianos a

las residencias y olvidarse de que éstos existen, ya que hasta, es difícil las visitas de esos sus familiares para ayudar, dar cariño y enterarse de cuales son sus preocupaciones dentro de esa residencia que puede y “porque no” ser una buenísima residencia, con buena atención médica y social, pero ello no es todo para el anciano, él necesita la comunicación, el cariño y el contacto con los suyos y la gran mayoría de las veces esto no lo consiguen. Por esta razón, muchos desean la muerte y no les es grato vivir de ninguna de las formas, suelen depresionarse hasta el punto de querer quitarse la vida en muchas ocasiones.

Cuando esto es una realidad que estamos los profesionales viviendo y palpando cada día, es hora de reflexionar y parase a analizar y preguntarse ¿Qué es lo que nos está pasando? ¿Cuales son los verdaderos valores que se tienen en la familia? ¿Qué es lo que hoy nos importa? el dinero, los lujos, los viajes, los automóviles de última generación, los amigos superfluos etc.

Realmente hemos invertido los valores, ahora sólo nos preocupa ser mucho en la vida a costa de lo que sea y por encima de todo, queremos tener poder y dinero, y si por esa razón nos estorban nuestros mayores, los aparcamos en una buena residencia y ya nos hemos quitado el problema de encima.

Cuando se palpa esta realidad constantemente, vemos como la humanidad se ha deshumanizado, ya no tenemos más valores que los que dan el poder y el dinero, el resto no le importa a nadie y pasan olímpicamente de ello. Podríamos preguntarnos ¿Qué pensará Dios de nuestro comportamiento? Estoy seguro que no le será de agrado que él que es todo amor, y que lo da todo sin pedir nada a cambio, siendo infinitamente Poderoso y pudiendo hacer todo (menos mentir), sin embargo, está siempre pendiente de nosotros sus hijos amados, para proporcionarnos paz y sosiego, lo que sucede es que hemos olvidado que Dios existe, ya creemos que dioses somos todos y que lo importante para tener valores es ser un buen futbolista. Hemos oído públicamente en estos días a un entrenador de Fútbol decir que Dios no existía y que para él Dios era Ronaldinho y otros por el estilo, cuando esto se tiene que oír en los medios de comunicación públicos, por personas que tienen la misión de dirigir a un grupo de profesionales para que éstos ganen partidos, con que valores éste entrenador podrá sugerirles a los suyos como tener responsabilidad y entrega para con su equipo que en definitiva es quien les paga esas cantidades exorbitantes, por lo que viven como personas especiales.

Si perdemos la moral y la confianza en nuestro Creador, podríamos preguntarnos también ¿Hacia donde vamos? Es obvio que para la gran

mayoría de los jóvenes esos son sus valores el poder y el dinero y piensan que ellos pueden sustituir perfectamente a Dios en todo.

Pobres criaturas que ante ponen el dinero y el poder a tener capital espiritual que es el que realmente nos hace ricos. Se dice que No tiene precio la verdadera salud y felicidad, y ello es cierto, pero para tener esto a raudales es necesario tener nuestro corazón lleno de espiritualidad y la misma no puede venir de otra parte de la que el Padre Dios nos da y él nos da fuerza en nuestro corazón para ayudar y estar en esos momentos decisivos que necesitan nuestros semejantes y mucho más si los mismos son nuestros familiares.

Se que los mayores que lean este libro, estarán de acuerdo con lo que expongo de la falta de cariño que ello tienen porque ya no hay ningún tipo de humanidad y desgraciadamente ni entre la propia familia.

Ellos saben bien, que los mayores somos un estorbo para los jóvenes, y sus ambiciones y por eso, si no les queda otro remedio que hacerse cargo de sus padres los envían a una residencia con arreglo a lo que ellos puedan pagar y se quedan tan tranquilos; además entienden que están haciendo todo lo que pueden y más y si no les queda ni un minuto para poder ir a visitarlos a la residencia, les da igual, ya que ellos entienden que con pagarla están haciendo todo.

Por todo ello, no queda otro remedio que hacer una llamada de atención a nuestros corazones y preguntarnos ¿Realmente con lo que hago por mis padres, es suficiente? Si somos leales y nos contestamos con lo que nos dicte nuestro corazón, todos nos contestaremos que somos unos verdaderos miserables y que lo más importante no es el dinero que pagamos por esa residencia, sino el cariño y el compartimiento de sus problemas que eso sí que les hará feliz.

Ahora les aconsejo que dedique mucho más tiempo a sus padres, es lo máximo que tienen, ellos dieron todo porque usted llegara a ser lo que es, y ahora que usted llegó, no sea tan egoísta que lo primero que les estorbe sean ellos.

Tenemos toda la humanidad y especialmente los occidentales que hacer un gran cambio psicológico y hacernos acreedores del verdadero amor que nuestros padres nos han dado sin pedirnos nada a cambio. Por eso aconsejo que volvamos nuestra cara a Dios Padre y él que siempre está dispuesto a escucharnos y ayudarnos, pidámosle que nos haga compasivos y familiares, que no es más rico el que más dinero tiene, sino el que menos necesita y que la felicidad más provechosa del mundo está en el verdadero amor a Dios Nuestro Padre, a nuestros padres físicos y por lógica a nuestra familia así como nuestros hijos etc.

Demos prioridad a lo espiritual, piense que el materialismo no le hará nunca feliz, por lo tanto no siga por ese camino, desande todo lo andado erróneamente y demuestre que sabe andar por el camino recto del amor verdadero sin pedir nada a cambio.

EL AUTOR





Dr. Ildefonso Cobo Jiménez

El Doctor Cobo Jiménez, ha escrito este tema interesante porque se ha encontrado con gran parte de las personas de su edad con el mismo entusiasmo y necesidades de saber los problemas de la Geriátria.

Él nos dice que estuvo muchas veces tentado a escribir sobre el tema, pero que entendía que para hacerlo era necesario comprender y si era posible vivir los problemas que tienen la gran mayoría de los mayores y ancianos. Ahora que es mayor (68 años), puede comprender y entender mucho mejor las vicisitudes de estas personas, ya que por edad y por profesionalidad, puede entender con mucha igualdad a sus semejantes.

Dr. Yugueros
Psicólogo clínico

