



## **XLIV Foro «Salud y Desarrollo»**

### **ENVEJECIMIENTO Y SALUD**

Organización: ACADEMIA PERUANA DE SALUD

25 de noviembre del 2009

Colegio Médico del Perú, Auditorio Hugo Pesce



#### **EXPOSICIONES**

##### **Transición demográfica y epidemiología del envejecimiento**

Dr. Luis Varela Pinedo  
Director del Instituto de Gerontología,  
Universidad Peruana Cayetano Heredia

La estructura poblacional cambia de acuerdo a tres factores: fertilidad, mortalidad y migración. La fertilidad y la mortalidad han disminuido y esto ha llevado a un envejecimiento mayor de la población, que se denomina transición demográfica. La mortalidad ha disminuido por diferentes aspectos, se ha mejorado las condiciones de vida de la población, los adelantos de la medicina permiten que las personas puedan vivir más tiempo, hay mayores coberturas de los servicios de salud y hay disminución de las tasas de fecundidad por los programas de control de la natalidad. Se dice que

una población envejece cuando aumenta la proporción de personas de más edad y disminuye las de los niños, lo que se denomina índice de envejecimiento, y es la relación que hay entre personas mayores de 60 años y menores de 15 años. La estructura piramidal de la población ha cambiado a una más rectangular y en el futuro se puede invertir la pirámide clásica.

Esté fenómeno poblacional ha ocurrido en todo el mundo; algunos países como el nuestro tienen un envejecimiento acelerado lo que significa que duplicaremos el número de personas mayores de 60

años en un período de 25 años, a diferencia de 100 años que es el tiempo que demoró en los países europeos; así tenemos que éstos han envejecido lentamente y en condiciones mejores que las nuestras.

La esperanza de vida al nacer se ha incrementado de 50 años a 70 ó 80 años en los últimos cincuenta años, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. El Perú en el 2005 era considerado un país de envejecimiento moderado (menos de 8% de población de mayores de 60 años); sin embargo, con el censo del 2007 ha pasado a la condición de país de envejecimiento moderado-avanzado (9,1% de población mayor de 60 años). La proyección de crecimiento poblacional para nuestro país al 2025 alcanzará el 12% de población mayor de 60 años, siendo el crecimiento mayor en el grupo etáreo de más de 80 años.

Según datos de la OMS, en el mundo se considera que hay unos 600 millones de personas mayores de 60 años y para el año 2025 alcanzará la cifra de 1.200 millones, el 70% de los cuales estarán en los países en vías de desarrollo.



## **Acción preventivo promocional del adulto mayor desde el punto de vista alimentario-nutricional**

El adulto mayor suele utilizar algunos recursos de importancia alimenticia y nutricional para mejorar su calidad de vida. Hay dos grupos de enfermedades crónicas que afectan al adulto mayor de manera significativa: cáncer y enfermedades cardiovasculares; y se tratará preferentemente en relación al impacto que podrían tener aquellos recursos sobre la calidad de vida del adulto mayor.

En primer lugar, hay medicamentos que se sabe, ampliamente, que previenen el cáncer, pero que no se recetan ni se toman. Por otro lado, hay «suplementos» que no está demostrado que prevengan el cáncer y que, sin embargo, sí se prescriben y se toman. Luego mencionaré algo sobre

El patrón de enfermedades difiere en las personas mayores de 60 años, lo que significa que también hay una transición epidemiológica. Se cambia de un modelo de enfermedades agudas transmisibles que ocurren en poblaciones jóvenes a otro modelo de enfermedades crónicas no transmisibles que se presentan en poblaciones que envejecen. Dentro de estas enfermedades se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes, la demencia, el cáncer, la depresión y otras. Este cambio epidemiológico no solamente modifica la cifra de mortalidad, sino también las relacionadas a secuelas y dependencia, cambiando la calidad de vida de esta población.

Los modelos de los sistemas de cuidado de salud de nuestros países tienen una orientación hacia el manejo de enfermedades agudas y no de enfermedades crónicas. Actualmente la perspectiva debe estar orientada hacia un envejecimiento activo, el cual debe integrar aspectos de salud, de derechos de las personas mayores y la seguridad de las mismas. En la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid, 2002) se tuvo como lema: «una sociedad para todas las edades».

Dr. Ernesto Bustamante Donayre  
Vicedecano Nacional del Colegio de Biólogos del Perú

el papel de los antioxidantes, los productos «naturales», los alimentos derivados de cultivos orgánicos y los llamados transgénicos.

El caso del cáncer de próstata es paradigmático; en los EE.UU., donde las estadísticas son bien llevadas, el 2008 hubo 192 mil casos diagnosticados de cáncer de próstata y 27 mil muertes por esa enfermedad. El carcinoma prostático es una neoplasia de desarrollo lento y hoy se conoce - gracias a un estudio hecho el 2003 en miles de personas- que el finasteride (medicamento cuya dosis diaria en el mencionado país no cuesta más de dos dólares), reduce significativamente la incidencia de carcinoma prostático. Eso es un hecho;

por ello, el administrar finasteride de manera preventiva a los pacientes podría contrarrestar la aparición de hasta 50 mil casos por año. No obstante, ni en el Perú ni en los mismos EE.UU. se practica la administración de finasteride como un tratamiento preventivo de cáncer. ¿Qué se recomienda, más bien? Se recomienda tomar suplementos que se ha demostrado que no son efectivos o no se ha demostrado que lo sean, y se sabe que en ciertos casos hasta podrían resultar dañinos.

En cáncer de colon es común recomendar una dieta baja en grasa, pues se supone que la ingesta de fibra que se encuentra en frutas vegetales y granos debe prevenir el cáncer de colon. Pero esta suposición es incorrecta. Ya hay dos estudios gigantescos hechos; uno de ellos con la participación de 88 mil individuos, en que se ha encontrado que no hay absolutamente ninguna correlación de la aparición de pólipos precancerosos o cancerosos con cuánto ingiere uno en grasas y cuánta fibra tiene la dieta, sea en la dieta misma o administrada como salvado de trigo. No hay absolutamente relación y, sin embargo, la mayoría de gente se concentra en tratar de tener una dieta baja de grasa y rica en fibras como preventiva de cáncer.

Mitos son todas aquellas cosas que la gente cree, generalmente porque parecerían ser intuitivamente correctas, como por ejemplo el señalado. Entonces vemos que el mundo de la medicina preventiva está plagado de mitos interesantes que confrontan realidades aburridas. Si bien es cierto que una dieta baja en grasas ayuda en casos de enfermedades cardiovasculares, cuando nos referimos exclusivamente al cáncer de colon -el comer fruta y vegetales frescos, ejercitarse regularmente, preferir vegetales orgánicos y usar suplementos de antioxidantes- no ha sido demostrado de manera concluyente como patrón de estilo de vida que disminuya el riesgo de cáncer. No obstante, los adultos mayores (y los no tan mayores) utilizan la práctica de comer fruta y vegetales frescos, tratar de ejercitarse regularmente, buscar verduras orgánicas, tomar pastillas con antioxidantes o buscar frutas ricas en éstos porque «quieren creer» que eso les va ayudar. A eso le podemos agregar el uso de productos como maca,

uña de gato y una serie de hierbas medicinales - muchas veces impuras o contaminadas- a las que se les atribuye, sin base científica, propiedades curativas.

Entonces, hay lo que uno quiere creer y hay lo que está demostrado científicamente; uno tiene que ser consciente como adulto mayor, si lo que realmente quiere prevenir es la aparición de una enfermedad crónica grave como es un tipo de cáncer, debe concentrarse en aquello que lo va a ayudar. Es claro que no hace daño comer fruta ni hace daño comer vegetales frescos, pero eso no lo va a librar del cáncer. En consecuencia, hay que saber utilizar mejor aquellos recursos cuya utilidad sí tiene demostración científica actual.

Otro mito es, por ejemplo, el uso de la vitamina A como profiláctico anti cáncer. Considerando que se sabe que el betacaroteno (que es el precursor bioquímico de la vitamina A) previene, en ciertos experimentos, cáncer en las ratas; se infirió, falazmente, que las personas que suplementan su dieta con vitamina A o betacaroteno deberían tener menos riesgo de cáncer; pero hoy se sabe que eso no es así: se hizo un estudio con más de 35 mil varones mayores de 50 años y se demostró concluyentemente que la vitamina A o el betacaroteno no ayudaban a disminuir el riesgo de cáncer, más bien elevaban significativamente el riesgo de cáncer en aquel segmento de los pacientes que eran fumadores. Lo mismo ocurre con la vitamina E y el selenio. Antes de los estudios había evidencia, una presunción, indicios; pero una vez hecho el estudio científico, ya se demostró que no ayudan, más bien el exceso de selenio contribuye a cierto tipo de cáncer. Sin embargo, en los mismos EE.UU. hasta hace 4 ó 5 años, he visto ofrecerlo públicamente, inclusive, he escuchado en comerciales y entrevistas de televisión que se habla sobre las bondades del selenio y sus supuestas propiedades curativas -ya no solo supuestamente preventivas- para el cáncer.

Si eso ocurre en un país avanzado tecnológicamente y con una población bien informada, imagínense qué puede ocurrir en un país de pensamiento cultural mágico como el Perú. El hecho de creer en la magia de las propiedades, de los atributos mágicos de las cosas, no es algo típico del

subdesarrollo económico peruano, esto es parte de la naturaleza humana. En los EE.UU. ¡queremos creer!, dicen muchos. Claro, ellos no tienen acceso a tan biodiversa herbolaria como en el Perú; sin embargo, sí creen en el ginseng, la maca, la uña de gato y en muchas hierbas, que no se ha demostrado que sean beneficiosas.

Hoy en día la teoría bioquímica moderna, dice que no sería realmente tan bueno el estar tomando antioxidantes en cantidades desmesuradas y no controladas, porque la función que tiene un antioxidante es inhibir la oxidación, neutralizando la acción de los radicales libres. Hay que saber que es beneficiosa cierta libertad de acción de los radicales libres en el cuerpo humano para poder así ser capaces de luchar contra las enfermedades. Entonces, al estar tomando antioxidantes en la creencia de que esto va a eliminar los radicales libres -los que equivocadamente son asociados de manera exclusiva a las bacterias o a los virus patógenos- lo que en realidad estaríamos haciendo es impidiendo que nuestro propio organismo se pueda defender ahora y sepa hacerlo más adelante creando inmunidad. Y ¿por qué ocurre todo esto?; porque no hay pruebas científicas, todos son mitos, nada más que creencias infundadas, pero simple y llanamente creencias.

Otra de estas creencias es el apego casi religioso-fundamentalista a lo llamado orgánico. Hay gente que dice que hay que comer todo orgánico, pero ¿qué es orgánico? «Orgánico» es una definición que el Departamento de Agricultura de los EE.UU describe del modo siguiente: hay lo que se llama 100% orgánico, que es *todo aquello que no tiene ingredientes sintéticos*; en ese caso a ese alimento, se le pone el llamado «sello orgánico». Pero a los alimentos se los puede llamar simplemente «orgánico» cuando contienen un mínimo de 95% de ingredientes orgánicos y ello también los califica para lucir el sello «orgánico», y en ese 5% «no orgánico» puede haber multitud de colorantes artificiales, sustancias sintéticas y a pesar de ello tenemos un sello que dice «orgánico». Entonces es importante entender que la nomenclatura permite utilizar el nombre orgánico, sin que realmente sea totalmente orgánico, que estoy seguro es lo que la mayoría de personas supone.

Hay otra terminología que es «hecho con ingredientes orgánicos» donde solo se pide un 70% mínimo de ingredientes orgánicos. En este caso no se puede usar el llamado sello orgánico, pero sí pueden decir «hecho con ingredientes orgánicos» y cuando uno va al supermercado y mira el producto dice «hecho con ingredientes orgánicos» piensa que debe ser bueno. No obstante, eso significa que el 30% restante no son orgánicos. En eso también vale todo pues en ese 30% remanente puede entrar cualquier cosa que no sea orgánica y que quizá sea justamente lo que una persona que busca lo orgánico, quisiera evitar ingerir. Por ejemplo, la carne, huevos, pollo, leche, quesos, yogurt y lácteos deberían provenir de animales que nunca recibieron antibióticos o la hormona del crecimiento para que la vaca pueda producir más leche: a eso se le llama carne orgánica o pollo orgánico; nada más. No es que el pollo tenga que haber correteado en el campo, puede bien ser un pollo de granja industrial de esos que sufren allí acurrucados, que se les cría solo para morir, y que comen cualquier cosa; lo importante es que no reciban antibióticos o no reciban hormonas de crecimiento, y si es así se les puede llamar orgánicos. Lo orgánico, no es lo que la gente piensa que es orgánico. No hay estándares para los llamados mariscos orgánicos o cosméticos orgánicos; sin embargo todo el tiempo se ve publicidad engañosa respecto a cosméticos orgánicos.

He visto publicidad en TV peruana de una compañía farmacéutica suiza que anuncia que son capaces de modificar el ADN con una crema para la piel que se vende con propósitos cosméticos. Eso es una farsa y sin embargo las autoridades sanitarias y de defensa de la competencia permiten la publicidad engañosa respecto de este pseudo medicamento o agente cosmético, porque en verdad realmente no hace nada con el ADN. Jugando a la teoría del absurdo, vamos a suponer que encontramos algo perfectamente orgánico; sucede que un alimento orgánico no es necesariamente mejor o peor que un alimento convencional, simplemente es un alimento; si se trata de un alimento que proviene de la granja, cultivado sin pesticidas químicos, sin fertilizantes y sin aditivos, pero, la fertilización también es una cuestión técnica, porque

una verdura orgánica tiene que ser sembrada con abono orgánico. Los abonos orgánicos típicos son el musgo, el humus y el estiércol (guano) y allí tenemos nosotros el riesgo de infección con *Escherichia coli* o con alguna bacteria que pueda transmitir una infección no deseada; de hecho todo el tiempo ocurren en los EE.UU. brotes de infección y toxicidad por *Salmonella*. Por ejemplo, hay una cepa muy dañina de *E. coli* que se cosecha con el tomate, que es muy difícil de lavar plenamente y esto porque los tomates son fertilizados de manera no estéril usando estiércol.

Lo que da nitrógeno a la planta se define como fertilizante y esta es la urea o carbonildiamina. Si la agregamos espolvoreándola sobre el campo o como ingrediente del estiércol, químicamente lo que fertiliza es lo mismo, la urea. Es decir, la planta va a metabolizar como fertilizante ese compuesto llamado urea: lo que sucede es que en un caso está en su forma cruda en el excremento y en el otro caso está en una forma purificada. La gente cree equivocadamente que porque la planta fue fertilizada con estiércol y no con la urea pura -que es sintética y proviene de la petroquímica pero al final es el fertilizante puro- es mejor, es «orgánico», natural y por tanto es saludable; no necesariamente.

Luego tenemos los llamados transgénicos, que son productos a los que se le ha introducido un gen de otro organismo para conferir una característica beneficiosa. Los productos elaborados con ingredientes de origen transgénico están en todas nuestras dietas: mayonesa, cereales, caramelos, aceites de cocina, margarina, cremas, cerveza, levadura; hay transgénicos hasta en el Programa del Vaso de Leche. Uno de los ingredientes fundamentales de la mayoría de los alimentos procesados es el extracto de soya y el 75% de la soya y el 80% del maíz en el 2008 ya eran transgénicos en el mundo, toda vez que fundamentalmente provienen de los EE.UU., Brasil, Canadá y Argentina. Recientemente se ha aprobado el uso de maíz transgénico en China producido por una compañía china, con lo que realmente se va a inundar el mercado peruano con productos transgénicos, que no por ello son malos, simplemente sucede que son resultantes de la biotecnología moderna.

Ya existen transgénicos en el Perú, por ejemplo un transgénico está en los billetes; en el algodón del billete hay algodón chino transgénico; el forraje que comen nuestros animales, nuestros pollos, contiene soya y maíz transgénico; los alimentos procesados, los medicamentos y vacunas. Por ejemplo, la insulina que se inyectan todos los diabéticos es producto de la ingeniería genética, la eritropoyetina para tratar la anemia es transgénica, los interferones, anticuerpos monoclonales, factores de coagulación, otras hormonas, las vacunas contra las hepatitis B y A, todas son transgénicas. Entonces, en realidad lo transgénico ya está en el Perú, como lo están las computadoras, los aviones y la luz eléctrica. Los alimentos llamados genéticamente modificados o transgénicos son indistinguibles o son sustancialmente equivalentes a los productos de origen convencional. Esto lo dice la FAO, la OMS, las academias de Medicina y de Ciencias de decenas de países. Es decir, que en ellos no es posible identificar el ADN insertado o la proteína expresada, por ejemplo carne y leche de animales alimentados con forraje transgénico: los pollos peruanos comen maíz y soya importada de Argentina, Brasil y EE.UU., pero esto no hace transgénicos a los pollos. Estos comen el maíz del ADN proveniente de una bacteria que está en ese maíz y luego es digerido por el sistema digestivo del propio pollo o del propio cerdo y en consecuencia deja de haber transgénicos allí. Los jarabes que tienen glucosa y fructosa, la vitamina C, son fabricados por microorganismos genéticamente modificados, así se produce la vitamina C y estos son productos indistinguibles del original. Los alimentos sustancialmente equivalentes significan que sí es posible identificar el ADN insertado o la proteína expresada, pero no hay diferencia práctica en cuanto a su valor nutricional o en cuanto a su posible alergenicidad.

Se dice que hay ciertos compuestos transgénicos que producen alergias, es decir que son alérgicos. Sin embargo, todo alimento por definición es potencialmente alérgico: la leche, los huevos, el maní son potencialmente alérgicos para muchas personas y que tengan un origen orgánico, un origen convencional o un origen transgénico no hace la diferencia: el producto es sustancialmente equivalente o indistinguible. La OMS y la FAO han

declarado que los alimentos genéticamente modificados, actualmente en el mercado son equivalentes y tan seguros como sus contrapartes convencionales y por supuesto los orgánicos.

Finalmente, el tema místico de lo «natural», es que hay que comer todo natural, pero ojo no nos olvidemos que los mejores venenos son precisamente naturales; el decir «yo quiero todo natural», no significa que «yo quiero todo sano», porque sea natural o sea procesado, lo importante es que no contenga elementos dañinos para nuestra salud, como por ejemplo selenio, y especialmente si somos fumadores. Simplemente que contenga aquello que

queremos nosotros para potenciarnos, o mejorar nuestro estado nutricional o para poder estar en situación de prevención o curación de ciertas enfermedades. Entonces, cuando vayamos al mercado, la farmacia y las herbolarias, hagámoslo con mucho criterio personal. No estoy diciendo coman todo orgánico o no coman nada orgánico, coman todo convencional o nada convencional, sino les invoco a que simplemente usemos nuestro mejor criterio para saber qué es lo que nos ponemos en la boca; no porque tenga la etiqueta de orgánico o porque sea un producto natural eso lo va a hacer bueno o mejor para nuestra salud; podría ser todo lo contrario.

## Factores de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares en el adulto mayor

El ictus junto con la cardiopatía isquémica puede considerarse una epidemia vascular en los países desarrollados, son la segunda causa de muerte en la población mundial y la tercera en el mundo occidental, responsable del 12% de la mortalidad global de la población. Asimismo, constituye la primera causa de discapacidad en los países desarrollados y la segunda de demencia, tras la enfermedad de Alzheimer.

### Factores de riesgo no modificables

- Edad: Es el de mayor peso entre los factores no modificables, la incidencia del ictus aumenta con la edad y la mayor incidencia de ictus ocurre en las personas mayores de 65 años; ésta se duplica cada década desde los 55 años de edad.

- Sexo: La incidencia del ictus es mayor en los varones que en las mujeres. Se estima una proporción global de 1,3:1, que difiere según el subtipo de ictus; el isquémico es mayor en los varones, es similar en ambos sexos en la hemorragia intracerebral y es mayor la incidencia de hemorragia subaracnoidea en mujeres. Tras la menopausia, se produce un incremento del riesgo de ictus, de origen multifactorial, que alcanza tasas de incidencia

similares a las del varón y tasas de prevalencia y mortalidad superiores en relación con su mayor esperanza de vida.

- Herencia:

- Trastornos hematológicos hereditarios, tales como los déficit de antitrombina, de proteína C o de proteína S, la policitemia vera, la anemia de células falciformes o la trombocitemia esencial, son factores de riesgo para el ictus isquémico, solo siendo responsables del 1% de los ictus isquémicos.
- Respecto a la hiperlipemia, se ha implicado genes responsables del fenotipo de la lipoproteína A y un mayor riesgo de ictus.
- La hiperhomocistinemia ocurre en el 5-7% de la población. Los estudios correlacionan con la estenosis carotídea y coronaria.
- La arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL).
- La endoteliopatía hereditaria asociada a retinopatía, nefropatía e ictus (HERNS).

Dr. Arturo Gárate Salazar  
Presidente de la Academia Peruana de Salud

- La vasculopatía cerebroretiniana hereditaria (HCRV).
- La encefalomiopatía mitocondrial asociada a acidosis láctica e ictus-like (MELAS).
- Localización geográfica: Se especula la participación de interacciones complejas de diferentes causas, que pueden tener distinto efecto sobre la aterosclerosis y la HTA.
- Clima: Se han estudiado las variaciones estacionales en la incidencia y mortalidad asociada a infarto agudo de miocardio (IAM) y a ictus.

#### Factores de riesgo modificables bien establecidos

- Hipertensión arterial: Es el factor de riesgo modificable de mayor peso específico en la prevención primaria del ictus. Identificada como el principal factor de riesgo para el ictus tromبótico y la hemorragia cerebral, está asociada a cardiopatía isquémica, ictus y otras enfermedades cerebrovasculares. El riesgo de isquemia cerebral se incrementa de 4 a 5 veces en pacientes hipertensos: odds ratio (OR) de 3,1 para varones y de 2,9 para mujeres. Es responsable del 35-50% (varía según edad) de los ictus y del 15% de las cardiopatías isquémicas.
- Diabetes: La diabetes se asocia a enfermedad arterial sistémica en todas sus expresiones: cardiopatía isquémica, arteriopatía de miembros inferiores y enfermedad cerebrovascular. La diabetes incrementa el riesgo de ictus.
- Alcohol:

#### Con disfunción hepática II, VII, IX, X

- Hemorragia intracerebral espontánea.
- Disminuye la agregabilidad plaquetaria:  $\alpha 2$  antiplasmina (actividad).
- Friedman, 1996.

#### Gorelick (stroke)

- Aumenta la agregabilidad plaquetaria.
- Disminuye el flujo cerebral por estímulo de fibra muscular.

- Aumenta el componente plasmático.
- Embolismo cerebral por arritmias.
- Hemorragia intracraneal

#### Protector a dosis bajas

- LDL - Oxidada.
- PGF2 - á.
- Aumenta secreción del activador plasminógeno
- Tabaco: consecuencias cardiovasculares
  - Enfermedad arterial coronaria - aterosclerosis.
  - Enfermedad vascular periférica.
  - Enfermedad cerebrovascular.
  - Vasoespamo.
  - Estados de hipercoagulabilidad.
- Obesidad: El estudio Framingham demostró que por cada 10% de aumento de peso, la presión aumenta 6,5 mmHg, el colesterol plasmático 12 mg/dl y la glicemia 2mg/dl. La obesidad tiene un efecto patológico cardiovascular per-se a largo plazo y es más notorio en presencia de otros factores como HTA, dislipidemia y DM.

#### Marcadores de aterosclerosis

- Cardiopatía embolígena: siendo la más frecuente la fibrilación auricular
- Enfermedad arterial periférica: se ha demostrado que existe la frecuente asociación de enfermedad arterial periférica (EAP) con diabetes y tabaquismo. El estudio Framingham mostró que la incidencia de la EAP se incrementa un 0,2% al año en varones de 45 a 55 años de edad y un 0,5% de 55 a 65 años.
- Estenosis asintomática de carótida (EAC): es común y a menudo se detecta incidentalmente (Ej: en un paciente con un soplo cervical, o que se somete a un estudio Doppler de troncos supraórticos o a una angiorrsonancia por diferentes causas). Su prevalencia va desde 0,5% en la población < 60 años hasta un 10%

en los > 80 años, aunque estos porcentajes varían según la técnica de detección.

- Accidente isquémico transitorio: la incidencia real del AIT es difícil de establecer. Se estima que dicha incidencia puede variar entre 35 y

300 casos por 100.000 habitantes/año. Se considera que el AIT precede al infarto aterotrombótico en un 25 a 30% de los casos, al infarto cardioembólico en un 11 a 30% y en un 11 a 14% al infarto lacunar.

— o —

## Cuidado integral de la persona mayor

Dr. Francisco Parodi García

Director del Centro de Investigación del Envejecimiento  
Facultad de Medicina Humana, Universidad San Martín de Porres

¿Qué es un paciente adulto mayor? ¿Es un adulto joven con más años? ¿Es como un niño? ¿Qué tan preparados están los sistemas de salud y nosotros mismos para responder con calidad a las demandas de salud de las personas mayores? ¿Qué tan preparados estamos o cómo nos hemos preparado para nuestro propio envejecimiento?

Todos nacemos con una reserva funcional, una especie de bono de capacidad de adaptarnos (reserva funcional) a los cambios del medio, tanto interno como externo. Con el envejecimiento se va perdiendo esta capacidad de adaptación y de un evento estresor agudo puede venir un «descalabro» que puede acabar en la muerte o la pérdida significativa de la autovalencia y la calidad de vida. No todos envejecemos de igual forma, las personas que mantienen una mayor capacidad de adaptación (mejor reserva funcional) tienen un mejor envejecimiento. En medicina geriátrica cuando el ser humano envejecido tiene muy poca capacidad de adaptación se le denomina síndrome de fragilidad y este proceso revela un estado de mayor vulnerabilidad para perder autovalencia, caerse, hospitalizarse y morir. La fragilidad tiene mayor prevalencia (50% a más) en los mayores de 80 años, grupo poblacional cuyo crecimiento calculado en América Latina para el 2050 es aproximadamente 480%. La fragilidad es un proceso frecuentemente escondido y que se pone de manifiesto con un evento estresor, que puede ser físico, social y psicológico. Los pacientes frágiles típicamente manifiestan sus enfermedades con síntomas diferentes a los habituales. Si recordamos que la fiebre y la tos son

mecanismos de respuesta ante una infección pulmonar, el hacer delirio en lugar de estos revela un estado de vulnerabilidad cerebral muchas veces inadvertido. La geriatría ha desarrollado pruebas «basadas en ejecución» por las cuales puede diagnosticar el estado de fragilidad antes que un evento estresor lo revele.

Los sistemas de salud van a tener que enfrentar cada vez más un reto: responder con calidad a un usuario más añoso y heterogéneo, con una fisiología, presentación clínica y patologías particulares, que pasa más tiempo enfermo, con morbilidades la mayoría crónico-degenerativas, polimedicado, con gran potencial de discapacitarse ante un problema de salud y con mayores necesidades de servicios de rehabilitación y cuidados paliativos. La aparición de la discapacidad -la mayoría por enfermedad crónica- en una persona mayor genera otro paciente, cuyos problemas tienen gran impacto socio-sanitario: la unidad cuidador-cuidado. El reconocer y hacer visible a estos usuarios (generalmente escondidos en la casa) es fundamental, si se relaciona el hecho de que la participación comunitaria es un factor determinante para mejorar de salud. Dada la heterogeneidad de necesidades, deben ser vistos en un escenario ideal, como usuarios con capacidad de elección, y que exigen un servicio oportuno, de calidad y eficiente. Además, se necesita una clasificación del paciente en función de sus necesidades y vulnerabilidad a fin de gestionar mejor el recurso humano necesario y la complejidad del nivel asistencial (consulta externa de primer contacto, consulta externa especializada, hospital de



día, hospitalización de agudos, unidades de media estancia o unidades de larga estancia).

¿Cuál es la necesidad máxima de salud de estos nuevos usuarios adultos mayores? ¿Vivir más años es lo primero? ¿No enfermar? ¿No morir?, ¿Van a la consulta solo para conversar con el doctor porque en la casa se aburren? Lo más lógico es preguntarle al mismo adulto mayor: ¿hasta cuándo quiere vivir? Esto reafirma el objetivo del mismo paciente como gestor de su propia salud y bienestar.

El aumento de la esperanza de vida de las personas es un hecho, pero nuestra nueva meta es que estos años ganados sean con la mayor capacidad funcional posible. Si bien el envejecimiento de la población es un tributo al éxito de los sistemas de salud, a la vez que hemos aumentado la esperanza de vida hemos creado una legión de personas con enfermedades crónicas, dependientes y dementes, frente a las cuales nuestros sistemas sanitarios y sus profesionales requieren una mayor preparación para abordarlos. Por lo tanto, la adquisición de competencias en medicina geriátrica es fundamental.

Al ritmo del crecimiento poblacional, el número de especialistas en geriatría de la región es insuficiente, por lo cual es imprescindible el desarrollo y la implementación de programas de geriatría en pregrado, además de la optimización de los de posgrado y formación continua, de manera que todos los profesionales de salud tengan los conocimientos, destrezas y actitudes mínimas para responder a las demandas de salud de estos nuevos usuarios. En el Perú aproximadamente 5% de facultades de medicina tienen un curso de medicina geriátrica en el currículo de pregrado. En ese sentido la Academia Latino Americana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA) ha propuesto contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en medicina geriátrica y ha desarrollado nuevos modelos de capacitación para docentes de geriatría y médicos de atención primaria de salud, que se viene implementando desde el 2003. Simultáneamente se requiere capacitación específica en gestión de salud para personas mayores por parte de los gerentes de salud, de manera que se vaya consolidando un equipo de gestión de cambio que trabajará

en sincronía con los organismos nacionales e internacionales y comunidad.

La medicina geriátrica plantea la valoración geriátrica integral (VGI) como instrumento para diagnóstico multidimensional, prevención, monitoreo, tratamiento y marcador pronóstico, con el fin de mantener a la persona mayor independiente en su hogar y lo menos vulnerable posible. Su uso requiere un entrenamiento y su aplicación debe ser sin esquemas rígidos, según las necesidades del paciente y el nivel asistencial. La VGI busca acercar el diagnóstico a las necesidades del paciente y su familia, es decir, la valoración debe ir de la mano con una intervención de impacto.

Dadas las características de las personas mayores y la multifactorialidad de sus problemas, son las intervenciones integrales en un verdadero equipo, más que los programas verticales, los que en atención primaria tendrían un mayor impacto, sostenibilidad y capacidad de adaptación a las cambiantes necesidades de este grupo poblacional. Cabe señalar que no abundan las evidencias del impacto de los sistemas integrales de atención primaria sobre la salud de la población en los países en desarrollo; las razones están dadas en general por la falta de compromiso de los sistemas nacionales con la atención primaria, lo que hace necesario el diseño y aplicación de instrumentos sistemáticos para monitorear y evaluar su desempeño. La mejora de la salud y el bienestar de las personas mayores es un área prioritaria.

Bajo el enfoque de ciclo de vida, la atención primaria de salud se presenta como un escenario fundamental para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida que determinen un envejecimiento saludable y activo, pero no se debe pasar por alto que existen grandes posibilidades de intervención siendo ya una persona mayor.

Entre las acciones específicas que la atención primaria debe emprender, se encuentran: priorizar la promoción en salud y medicina preventiva, fomentar la rehabilitación con base comunitaria y atención de salud mental comunitaria, implementación de acciones específicas tales como el examen periódico de salud, evaluación geriátrica integral

utilizando instrumentos validados y estandarizados, el apoyo social y comunitario, control de enfermedades crónico degenerativas, implementación de cuidados a largo plazo con base comunitaria y capacidad efectiva de referencia al segundo y tercer nivel de atención. Asimismo, se menciona que los

centros de atención primaria deben adaptar los procedimientos administrativos a las necesidades específicas de las personas mayores y elaborar normas y protocolos de servicios de salud para éstas, estableciendo los objetivos que deben perseguirse y la forma de lograrlos.

— o —

### **Comentario final**

Dr. Francisco Amado Asmat  
Moderador

EL XLIV Foro abordó el crecimiento poblacional de las personas mayores que es y será un problema de salud y ocupación poblacional a nivel mundial, especialmente en los países pobres, al no aplicarse las políticas de salud para los adultos mayores, porque no hay sistemas de salud competentes, como los servicios de atención sanitaria y social para las personas mayores; por lo tanto, no habrá desarrollo en las comunidades de ancianos y tampoco habrá envejecimiento exitoso. Se calcula que para el 2050 el grupo poblacional de adultos mayores igualará al grupo de gente joven.

El evento trató asimismo otros aspectos como los alimentarios y nutricionales, el cuidado integral de la persona mayor y los problemas vasculares

cerebrales que complican el envejecimiento exitoso, teniendo mayor incidencia los trastornos cognitivos, como la demencia y sus implicancias en la familia y la sociedad.

Previendo el crecimiento poblacional de los adultos mayores, los gobiernos tendrán que adecuar sus políticas de salud a favor de ellos, basándose en las conclusiones de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento -Madrid 2002- mediante la implementación de estrategias a aplicar en los diferentes niveles de atención y, como consecuencia, brindar una actividad de salud coordinada entre la atención primaria y los hospitales especializados, con la finalidad de disminuir la discapacidad y por ende la dependencia y el gasto económico innecesario.

— o —