

Recomendaciones para el cuidado de la salud del adulto mayor

Recommendations for the health care in older adults

Dr. Héctor Aguirre-Gas¹, Dr. Germán Fajardo-Dolci², Dra. Esther Mahuina Campos-Castolo³, Dr. Jorge Martínez-López⁴, Dr. Javier Rodríguez-Suárez⁵

Resumen

Introducción. Hoy, viven en México ocho millones de adultos mayores. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) calcula que de continuar las tendencias actuales, en el 2025 los adultos mayores en América Latina y el Caribe constituirán el 14.1% de la población del planeta, incrementándose hasta el 22.6% en 2050, cuando uno de cada cuatro habitantes pertenecerá al grupo de población de más de 65 años. La sociedad actual tiende a relegar a los ancianos y esta situación condiciona baja autoestima, deterioro físico y limitación de ámbitos de participación social, llegando a la dependencia y en no pocos casos al maltrato; lo que puede degenerar en depresión.

Material y métodos. A partir de la información estadística generada por el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), se revisaron las inconformidades atendidas en CONAMED durante el periodo 1996-2008 y se analizaron sus características generales mediante estadística descriptiva.

Resultados. Entre 1996 y 2008 se atendieron en el Área de Conciliación de la CONAMED, 2592 quejas de personas con edad de 65 años y mayores. 37% por inconformidad con el tratamiento quirúrgico, 36% con el tratamiento médico y 18% con el diagnóstico; 13% consideró inadecuado el tratamiento, 11% por resultados o tratamiento no satisfactorios, 10% por diagnóstico erróneo o diferimiento en el tratamiento quirúrgico y 6% por diferimiento en el trata-

miento médico. En 72% de los casos no se identificó mala práctica y en el 28% sí. Las especialidades reportadas con mayor frecuencia fueron: urgencias médicas, oftalmología, cirugía general, urología, medicina familiar, ortopedia y odontología.

Conclusiones. Ante esta tendencia poblacional, es necesario lograr acciones encaminadas a “educar para enseñar a envejecer con dignidad”, aprender en lo individual a prevenir enfermedades, mejorar el estilo de vida y la alimentación y que el equipo de salud considere los cambios naturales asociados al envejecimiento. *Rev. CONAMED. 2009; 14(3): 44-59.*

Palabras clave: recomendaciones, adultos mayores, envejecimiento, negligencia, autocuidado.

Abstract

Introduction. At present, there are 8 million senior adults living in Mexico city. United Nations Organization (ONU) estimates that if this actual trend continue, in the year 2025, senior citizen population in Latin America and the Caribbean will be 14.1% of the World population, increasing up to 22.6% in 2050, when one of each four citizens will be in the group of more than 65 years old. Nowadays, society trends relegate senior citizens, situation that is cause of low self-esteem, physical decline and limitations of scopes for social participation, reaching to a dependent state which sometimes is cause of abuse and depression.

¹ Director de Investigación, CONAMED.

² Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

³ Subdirectora de Investigación, CONAMED.

⁴ Cirujano General y Apoyo Editorial.

⁵ Director General de Difusión e Investigación, CONAMED.

Material and methods. From the statistical information generated by the System of Attention of Quejas Médicas (SAQMED), nonconformities taken care of in CONAMED were reviewed during period 1996-2008 and their general characteristics by means of descriptive statistic were analyzed.

Results. Between 1996 and 2008, 2592 complaints were attended in the Conciliation Area of the National Commission of Medical Arbitration (CONAMED), all of these of people 65 years old and older: 37% were in disagreement with the surgical treatment, 36% with the medical treatment and 18% disagreed with the diagnosis; 13% considered inadequate treatment, 11% non satisfactory results or treatment, 10% wrong diagnosis or deferred surgical treatment and 6% for postponed medical treatment. In 72% of all cases mal praxis was not detected, but it was positive in the remaining 28%. The specialties with higher complaints were: Emergencies, Ophthalmology, General Surgery, Urology, Family Practice, Orthopedics and Dentistry.

Conclusions. Facing this popular tendency, it is necessary create actions which can be useful to "teach how to grow old gracefully", to learn how to prevent illness, improve his life style and eating habits and that the health team keeps in mind and consider the natural changes of old age.

Key words: recommendations, older adults, ageing, negligence, selfcare.

Fecha de Recibido: 4 de junio de 2009.

Aceptado para publicación: 29 de julio de 2009.

I. Introducción y antecedentes

Definiciones

A través de los años, el término "viejo" se ha hecho sinónimo de aquello que a través de los años ha perdido su vigencia, que no es acorde con los tiempos que se viven o que ha permanecido por mucho tiempo, desde el inicio de su existencia. Sin embargo, las cosas que han permanecido por mucho tiempo, se les puede adjudicar el reconocimiento que corresponde a lo añejo o a lo que se ha convertido en clásico; en ese dicho se encuentran los buenos vinos, la música de los grandes maestros como Mozart, Bach o Beethoven o un automóvil bien conservado.

Cuando nos referimos a los seres humanos, el término "viejo" adquiere connotaciones particulares y dependerá de cada persona, el significado que se adjudique: que ha vivido mucho tiempo, que ha perdido su vigencia, que es anticuado o bien: que es consecuencia de un proceso de añejamiento que le ha conferido una calidad excepcional por su grado de madurez, como la "Gran Música" que permanece en los más altos rangos de excelencia o como un automóvil clásico, que a pesar de que tiene muchos años, se ve muy bien, todo le funciona y la gente lo quiere.

- La Real Academia Española de la Lengua¹ se refiere al término: "viejo", con relación a los humanos como: "la

persona de edad", "que cumplió 70 años", "que viene de mucho tiempo atrás", "acostumbrado o experimentado".

Es un compromiso del viejo que cuenta con los atributos de lo añejo, de lo clásico o de lo que se ve bien y funciona bien, con las personas que le rodean, con la comunidad e inclusive, por qué no decirlo, con la humanidad, aportar los conocimientos, la experiencia y la sabiduría cultivados por muchos años, en beneficio de ellos. En la historia de la humanidad existen numerosos ejemplos de hombres y mujeres, que han realizado sus más grandes obras, después de la raya que algún insensato marcó a los 65 años.

En nuestro país a los viejos se les ha adjudicado diferentes términos, cuidando no herir sus sentimientos, especialmente a aquellos que no han logrado reconocer sus propias capacidades y limitaciones y así transitar con dignidad y elegancia por el proceso de envejecimiento.

Se les ha llamado personas "de la tercera edad", ¿para distinguirlas de las de la segunda y la primera?, ¿hay una cuarta? o ¿la tercera es la última?; "adultos mayores", ¿para distinguirlos de los adultos menores?, ¿qué tan mayores? y "adultos en plenitud"; bueno fuera, pero no siempre se puede presumir de estarlo, nos cuesta más trabajo, nos cansamos más o necesitamos una ayudadita; y hasta "rucos", para distinguirlos de los "chavos". Sin mayor divagaciones, quedamos con el término de "viejos" y cada quien se encargará de ser el viejo que quiera ser.

A final de cuentas a este selecto grupo de "los viejos" sólo podrán ingresar quienes han tenido privilegio de haber vivido muchos años; sin poder decir ¿cuántos son muchos? es más: no sabemos cuántos son los años los que determinan que una persona sea vieja, si así se pudiera medir la vejez.

No debemos olvidar que hay personas que aún teniendo muchos años, son productivos, propositivos, autosuficientes y capaces de aportar conocimientos, experiencia, sabiduría e inclusive, algunas veces, bienes materiales.

Proponemos el siguiente concepto: "Viejo es una persona que ha vivido más años que el promedio, que ha perdido algunas facultades físicas, intelectuales o emocionales, que limitan sus capacidades y que puede aportar sus conocimientos, habilidades, experiencia y sabiduría".

Para terminar, el tope de los 65 años, no deja de ser más que una herramienta de los epidemiólogos y los estadísticos, muy discutible por cierto, con el propósito de facilitar su trabajo, asignando a los "viejos" o "post productivos" el grupo de 65 años y mayores.

El envejecimiento y cómo retardarlo

La Real Academia Española de la Lengua¹ establece el concepto de envejecimiento como: "hacerse viejo o antiguo, durar o permanecer por mucho tiempo".

Establecer el concepto de envejecimiento es ciertamente complicado, pues a la pérdida natural de facultades en gra-

dos variables, como consecuencia de los años vividos, con un deterioro natural del cuerpo humano, en su estructura y sus funciones, se puede agregar una actitud pasiva o negativa, que lo lleva a omitir las acciones necesarias para evitar que éste sea más rápido y al aceptar que está perdiendo su autosuficiencia física y emocional, la capacidad de proveer y la necesidad de depender de otros o de aislarse de ellos.

Se propone el siguiente concepto: "El envejecimiento es un proceso durante el cual el cuerpo humano está perdiendo facultades físicas, intelectuales y emocionales, como consecuencia del tiempo vivido, que limitan su desempeño, pone en riesgo su salud y su autonomía".

De acuerdo a la OMS, el envejecimiento activo es "... el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen ...".

Los avances de la salud pública y la medicina en los últimos años han permitido que el promedio de vida de las personas sea mayor, sin embargo la vejez y la muerte, no se pueden evitar, si acaso, llegar a ellas más tarde y con una vida con mayor calidad. En este proceso se ha considerado al tiempo, como el factor determinante de la vejez y de la muerte.

Sabemos que la vejez no es una enfermedad, sino un deterioro orgánico y funcional, que afecta a los humanos en cualquier edad; tenemos que aceptar que los años de vida son determinantes en la aparición de la vejez, sin embargo no son el único factor y pueden inclusive, llegar a no ser el principal, cuando se permite que el estilo de vida y el ambiente, actúen libremente sobre nuestro organismo, inclusive con nuestra complicidad o como principales responsables.

Si tenemos el privilegio de portar genes que nos auguran larga vida, empezamos con ventaja nuestro desafío por tener una vejez tardía y con calidad de vida, aun cuando esa ventaja se podrá hacer más grande o perderse. Por lo tanto, tendremos que empezar a trabajar de inmediato, para utilizar en nuestro favor al medio ambiente y hacer que nuestro estilo de vida sea tal, que contribuya a lograr nuestro propósito.

El envejecimiento, dependerá del balance entre los buenos y los malos hábitos con que se hubiera vivido durante los años previos, las enfermedades que hubiera padecido y el cuidado que se hubiera tenido de ellas. El cuidado o descuido que tengamos con nuestro organismo, puede ser la diferencia entre el éxito o fracaso que alcancemos en este proceso natural, entre una vejez prematura, oportuna o tardía y de la buena o mala calidad de vida que tengamos durante ella.

Si ya estábamos determinados genéticamente, para lograr una edad avanzada, adicionalmente lograríamos una vida con calidad y una vejez tardía, si planeamos nuestra vejez desde la juventud. Es importante que el envejecimiento, no limite las posibilidades de lograr nuestro proyecto de vida, nos permita vivir con calidad y recorrer el camino de la vida con satisfacción, salud, dignidad, autosuficiencia y en forma productiva.

La tarea está clara, debemos hacer lo necesario para retrasar las causas y las manifestaciones del envejecimiento natural de nuestro organismo, en los aspectos: físico, mental, emocional, intelectual y espiritual. Para ello es necesario desarrollar buenos hábitos como el ejercicio programado y la alimentación apropiada y deshacernos de los malos como el tabaquismo, el sedentarismo, el sobrepeso, la ingesta excesiva de alcohol, la falta de uso de los filtros solares y del cinturón de seguridad. Cuidar nuestra salud para prevenir las enfermedades hace que esto sea factible; diagnosticar tempranamente las enfermedades que se nos presenten y controlarlas, para disminuir el deterioro de nuestro organismo, la diabetes, la hipertensión y otros.

La estructura y las funciones del cuerpo humano se adaptan en respuesta a las necesidades que el propio organismo les demanda: la capacidad intelectual se desarrolla en la medida que se realice trabajo intelectual con mayor intensidad, los músculos se vuelven más fuertes y voluminosos y el corazón más eficiente cuando se ejercitan; los huesos están mejor calcificados cuando trabajan y las articulaciones son más elásticas cuando están en movimiento.

Por contra parte el sedentarismo físico e intelectual, nos conducirá irremediamente a la pérdida de sinapsis neuronales, atrofia cerebral y pérdida progresiva de la capacidad intelectual; la falta de ejercicio físico ocasionará atrofia muscular, menor eficiencia del corazón e inclusive insuficiencia cardiaca; osteoporosis, rigidez articular y a la larga la pérdida de la autonomía, la invalidez y la dependencia.

Un organismo fuerte y una mente activa podrán enfrentar en mejores condiciones el declive de la vejez, ayudará para llegar a ella más tarde, evitar la dependencia física o emocional y afrontar con más éxito las enfermedades.

El envejecimiento de la población

Para 1950 las personas con 65 o más años de edad representaban únicamente el 5%, aumentaron al 7% en 2005 y se proyecta que para 2050 alcancen 16%.² En los países desarrollados la esperanza de vida para una persona de 60 años fue de 17 años para los hombres y 23 para las mujeres en 2006 y se espera que sea de 19 y 23 años respectivamente en 2050.³

Una revisión realizada en 2002 por la División de Población de las Naciones Unidas, mostró que las personas con 65 o más años de edad en países desarrollados pasará de 11.7% en 1950 a 32.3% en 2050.⁴

En 1950 nuestro País contaba con 25'791,017 habitantes, de ellos 865,614 eran de 65 años y mayores, correspondientes a un 3.36% de la población. Para 2005 ya sumábamos 103'263,338 habitantes, de los cuales 5'716,359 tenían edades de 65 años y mayores, equivalentes a un 5.54%.⁵

Así, los adultos mayores en 55 años, pasaron de 865,614 a 5'716,359, cifras equivalentes a un incremento del 560%,

al tiempo que la, población general aumentó de 25'971,017 habitantes a 103'263,388, es decir a un incremento del 400%. En conclusión que la población de 65 años y mayores está aumentando más rápidamente que la población general.⁵

Los incrementos alcanzados, así como haber logrado una esperanza de vida de 75 años al nacer, hacían parecer que estábamos en un mundo feliz, hasta que los problemas económicos del Instituto Mexicano del Seguro Social por el desfinanciamiento de su sistema de pensiones, la saturación de los hospitales con pacientes portadores de enfermedades crónico degenerativas y el incremento del costo de medicamentos para tratar a las enfermedades propias de los viejos, llamaron la atención de los responsables del Sistema Nacional de Salud.

Así pues, los éxitos de la salud pública y de la ciencia médica, han llevado a la humanidad a un cambio epidemiológico y a un cambio demográfico, que ya está, convirtiendo a los adultos mayores en un problema social, demográfico, familiar y económico. Zvonko Kusic⁶ se refiere a esta situación en su país (Croacia), en los siguientes términos:

- “Los estudios de población demuestran un alarmante aumento en el número de personas ancianas”.
- “Este hecho tiene *implicaciones* económicas y en salud negativas”.
- “Aumenta la preocupación sobre la *viabilidad* a largo plazo de los sistemas de *apoyo social entre generaciones*”.

Términos como “*alarmante aumento de las personas ancianas*” y responsabilizar a este aumento de “*implicaciones económicas y en salud negativas y de la viabilidad de los sistemas de apoyo entre generaciones*”, nos preocupa seriamente a pesar de que estamos conscientes del fracaso de los gobiernos en la planeación de los sistemas de pensiones para los viejos. ¿Pues qué no queríamos todos vivir más tiempo y en mejores condiciones?, ahora resulta que los viejos somos los culpables del problema.

En el aspecto laboral, en Estados Unidos de Norteamérica, la fuerza laboral incluye a un 12% de personas de 65 o más años de edad y un 7% de mayores de 70 años; en Europa occidental un 15% de personas con 60 o más años de edad, laboran en el sector formal; en México esta cifra alcanzó el 32%, en Brasil el 32.7%, en Chile el 25.1%, en Argentina el 23.6% y en Cuba el 20.6%.⁷

La Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento 2001 mostró que el 35.5% de los adultos mayores habían tenido un empleo durante la semana previa, el 77% de ellos con edades entre 65 y 74 años, 20.5% entre los 75 y 84 años y 2.5% mayores de 85 años. Los trabajos incluyen: actividades agrícolas en el 40.6%, comercios establecidos en el 8.4%, actividades domésticas en el 5.8% y en la industria de la construcción 5.2%. Los trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social con 60 o más años de edad,

son menos del 10% para los hombres y menos del 5% para las mujeres.⁸

Los problemas de salud en la vejez son más complejos que en los otros grupos poblacionales, siendo las enfermedades crónicas las de mayor prevalencia; son multicausales y tienen generalmente una etiología degenerativa en la que concurren múltiples factores, algunos conocidos, muchos sospechosos y la mayoría desconocidos.

Ante estos desafíos, las políticas de gobierno en el ámbito social, busca desarrollar programas tendientes al logro del envejecimiento activo.

En este sentido, el 6 de febrero de 2001 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el Acuerdo mediante el cual se emite el Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para adultos mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal, modificándose el 27 de noviembre de ese mismo año.

Requerimientos de atención médica en adultos mayores

El arte de la geriatría consiste en cuidar de una manera integral al paciente anciano atendiendo los aspectos médicos, psicológicos, emocionales y sociales de la enfermedad. No se trata únicamente de diagnosticar y prescribir los correspondientes medicamentos, como sucede en el adulto más joven. Hay que valorar cada situación de enfermedad de manera individual, pues los factores que influyen en la respuesta del anciano a las medidas terapéuticas son múltiples y relacionadas entre sí.

Existe con frecuencia dificultad diagnóstica por presentación atípica de las enfermedades, tanto en la sintomatología como en los signos clínicos y parámetros bioquímicos o por pluripatología que agrava o retrasa su recuperación.

Otro aspecto a tomar en cuenta es el incumplimiento terapéutico, se calcula que un 50% de los ancianos no toman la medicación como fue pautaada, muchas veces por error, olvido o desinterés. En otras ocasiones por aparición de efectos secundarios o porque la medicación no resulta lo suficientemente sencilla por el empleo de polifarmacia o tratamientos prolongados.

Por último, deben considerarse los cambios fisiológicos en el envejecimiento y la consecuente respuesta a los fármacos como la elevación del pH gástrico, vaciamiento gástrico lento con reducción de células absorbentes; disminución del aclaramiento renal por vasoconstricción de vasos renales y pérdida de nefronas (hasta un 40% a partir de los 70 años); cambios de la relación proteína-grasa corporal y el consecuente aumento de la acción de medicamentos liposolubles y menor capacidad de transporte proteica; disminución de la actividad enzimática; disminución de los receptores periféricos. Ante todo tipo de medicación en el anciano, deberá vigilarse la diuresis, concentración urinaria y en general la función renal.

Se debe considerar que existen dentro del proceso de envejecimiento dos vertientes a diferenciar: los procesos que son favorecidos por la ancianidad biológica y los resultantes de la ancianidad patológica.

- Síndromes invalidantes
- Síndromes no invalidantes
- Síndromes involutivos

En 1995 se llevó a cabo un análisis epidemiológico, con el propósito de determinar la "Demanda de atención médica en el I. M. S. S. por derechohabientes de 65 años y mayores",⁹ en las áreas de consulta externa de medicina familiar, especialidades, urgencias y estomatología; atención hospitalaria, cirugía y las defunciones ocurridas en este grupo de edad. Como complemento de este trabajo se hizo un seguimiento diez años después, con el propósito de actualizar el diagnóstico situacional y determinar las variaciones que hubieran ocurrido en la epidemiología de las enfermedades en los adultos de 65 años o mayores en el transcurso de dos quinquenios.¹⁰

En estos estudios se corroboró la mayor prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas incluyendo en orden descendente: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías isquémicas, tumores malignos, cataratas, insuficiencia renal crónica, osteoartropatía degenerativa, crecimiento de próstata, eventos cerebrovasculares.

Manifestaciones del envejecimiento

Las manifestaciones de la vejez no se desarrollan al mismo tiempo, ni en la misma magnitud, en individuos diferentes y en los diferentes aparatos y sistemas. En un individuo que no ha planeado su proceso de envejecimiento y que no está incorporado a un programa para la prevención de sus efectos, las manifestaciones de envejecimiento pueden ser más tempranas, más severas y más incapacitantes.

- *Sistema nervioso central.* La memoria se deteriora progresivamente, con olvidos cada vez más frecuentes y mayor esfuerzo para asimilar y retener los conocimientos. Esta situación debe diferenciarse con cuidado de la enfermedad de Alzheimer, cuya evolución es progresiva, grave y mortal, así como de la enfermedad multiinfarto, determinada habitualmente por el deterioro progresivo y avanzado del árbol vascular por arteroesclerosis.
- *Sistema músculo esquelético.* Con la edad avanzada aparecen dolores articulares en rodillas, en las caderas, en la columna y en las manos, habitualmente por osteoartropatía degenerativa o desgaste crónico de las articulaciones. Las enfermedades inflamatorias articulares, como la artritis reumatoide, son muy raras en los ancianos; la artritis gotosa puede presentarse en pacientes con hiperuricemia. La masa muscular tiende

a disminuir progresivamente y los tendones pierden su elasticidad y se vuelven frágiles.

Se estima que, a los 90 años, el 33% de las mujeres y el 16% de los varones habrán sufrido una fractura de cadera y que a los 80 años la mayor parte de las mujeres presentarán al menos una deformidad parcial de su columna. La mortalidad de pacientes con fractura de cadera es de un 12 – 20% mayor, durante el primer año, que en grupos control. En Estados Unidos, entre el 15 y el 25% de individuos funcionalmente independientes y que vivían en sus casas antes de la fractura, permanecerán en casas de cuidado (nursing homes) un año después de la fractura y entre el 25 al 35% dependerán de otras personas o ayudas para su movilidad.

- *Sistema cardiovascular.* Como consecuencia de diversos factores de riesgo, entre los que se encuentran: los genéticos, el sedentarismo, la alimentación inadecuada, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial, el tabaquismo y las hiperlipidemias; se produce un deterioro de magnitud variable en el árbol arterial, con obstrucción parcial o total de las arterias, que puede conducir a infartos o gangrena en los órganos afectados, insuficiencia coronaria crónica, insuficiencia cardíaca, claudicación intermitente e isquemia cerebral. La enfermedad más frecuente en los ancianos, es la hipertensión arterial, que se presenta habitualmente en adultos a partir de la cuarta década de la vida y es causa de muerte por complicaciones vasculares, en diferentes órganos blanco, incluyendo el corazón y de eventos vasculares cerebrales hemorrágicos.
- *Sistema respiratorio.* El deterioro de la capacidad ventilatoria como consecuencia de sedentarismo, problemas restrictivos del tórax, tabaquismo, bronquitis crónica y enfisema pulmonar, limita la capacidad física de los ancianos y puede llevarlos a la dependencia, inclusive del oxígeno. Cursan con tos y expectoración, principalmente por las mañanas, situación que en los fumadores o en sujetos a respirar aire contaminado, se presenta en edades más tempranas y con mayor severidad.
- *Sistema digestivo.* La función de masticación se dificulta, como consecuencia de disminución de la producción de saliva, la pérdida de piezas dentarias y el deterioro de las existentes por caries y falta de atención por un odontólogo. Las encías retroceden, la higiene deficiente ocasiona que el sarro se deposite bajo de ellas, ocasionando gingivitis que contribuye a deteriorar el implante y favorecer su pérdida. Disminuyen la capacidad gástrica, los jugos digestivos y la superficie de absorción intestinal con riesgo de contribuir a una mala nutrición.
- *Sistema génito-urinario.* En el hombre el crecimiento de la próstata determina dificultad para la micción y micciones nocturnas frecuentes; se presenta goteo

terminal que se deposita en la ropa y ocasiona que los ancianos tengan olor urinoso, llegando a la retención de orina y obstrucción de las vías urinarias. La libido, la actividad sexual y las secreciones genitales disminuyen. En la mujer esta disminución de secreciones genitales condiciona vaginitis atrófica y con frecuencia infecciones secundarias. En las mujeres que han tenido embarazos con frecuencia se presenta daño en el piso pélvico, que permite la existencia de orina residual, condiciona infecciones e incontinencia urinarias. Con el avance de la edad se presenta la menopausia, con su cortejo sintomático y complicaciones agregadas, dentro de las que vale la pena destacar por sus consecuencias a la osteoporosis.

- **Visión.** El cristalino tiende a opacarse por depósitos cálcicos ocasionando cataratas, que representan una de las principales causas de consulta especializada, de hospitalización y la principal causa de cirugía en adultos mayores; éstas, conjuntamente con el glaucoma y la degeneración macular, son las principales causas de ceguera. La disminución de la secreción lagrimal puede favorecer el desarrollo de úlceras corneales.
- **Audición.** Tiende a disminuir progresivamente como consecuencia de otosclerosis.
- **Piel.** Se adelgaza, se vuelve frágil y pierde su lubricación fisiológica.
- **Astenia y depresión.** Como parte del deterioro orgánico y funcional del cuerpo humano, se presenta un decaimiento de las capacidades físicas e intelectuales, que con frecuencia llevan al anciano al aislamiento, la apatía, la indiferencia y la depresión, cayendo en el abandono de su cuidado personal, el alcoholismo y en algunos casos al suicidio; generados en muchos casos por el Síndrome de abandono social y la mortalidad elevada de familiares y círculo social.
- **Apetito.** El deterioro ocasionado por la vejez, lleva a la pérdida progresiva de los sentidos del gusto y el olfato, que aunados a la imposibilidad de preparar sus propios alimentos, el desagrado por la preparación de los que se le ofrecen y la soledad, los llevan en ocasiones a una ingesta deficiente y a la desnutrición. En el sentido opuesto, personas mayores con poca actividad física y buen apetito, con frecuencia van hacia la obesidad y sus consecuencias, sobre todo si se propicia la comida "chatarra" de fácil adquisición y bajo costo.
- **Accidentes.** La principal protección de los adultos mayores radica en la prevención y en la prudencia, para conducir el automóvil y usar cinturón de seguridad, usar alfombras antiderrapantes o prescindir de ellas, particularmente en el baño, eliminar cables o juguetes sueltos en el piso que representen obstáculos, evitar subirse a escaleras portátiles.¹¹
- **Maltrato.** Conjuntamente con el maltrato infantil y las agresiones de género, el maltrato a los ancianos es

una de las manifestaciones de violencia intrafamiliar y de violación de los derechos humanos. Es necesario "reconocer" que la especie humana es la única que "en ocasiones" protege a sus progenitores. En la medida que el anciano haya perdido su autonomía y haya llegado a la dependencia, es más vulnerable a las agresiones.¹²

II. Análisis de las inconformidades por atención a adultos mayores ante CONAMED

Cuando las acciones realizadas para el cuidado de la salud de los adultos mayores fracasaron y lamentablemente se hizo necesaria la atención hospitalaria, con frecuencia se presentó insatisfacción con los servicios recibidos, que dio lugar a la presentación de quejas ante CONAMED.¹³

Como consecuencia del importante número de quejas en adultos mayores y la proporción observada de mala práctica y daño temporal o permanente para este grupo de pacientes, la CONAMED consideró necesario emitir estas recomendaciones para el cuidado de la salud de los adultos mayores, a fin de prevenir en lo posible, la presentación de enfermedades graves que hagan necesaria la atención hospitalaria, desde las correspondientes a la salud, hasta las familiares y económicas.

En estudios realizados en todas las quejas presentadas sin distinción de edades¹³, los adultos mayores correspondieron a un 13.7%. Entre 1996 y 2008 se han atendido en el Área de Conciliación de la CONAMED, un total de 2,592 quejas de personas con edad de 65 años y mayores, equivalentes a un promedio de 207 por año. Figura 1.

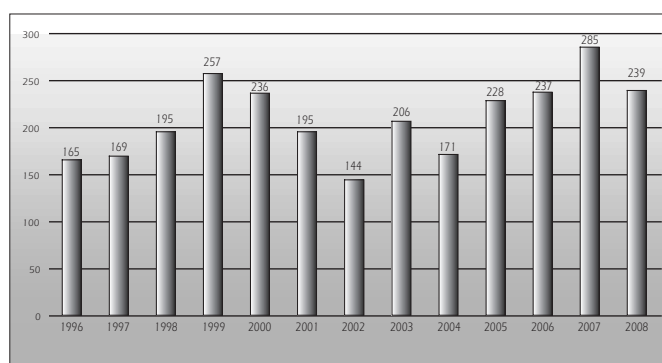


Figura 1. Quejas en los adultos de 65 o más años de edad. Frecuencia por año.

La edad de presentación fue entre 65 y 99 años, con un promedio de 74 años, la relación entre géneros fue de 51% para los hombres (n=1321) y 49% para las mujeres (n=1271). La mayor frecuencia se encuentra entre 65 y 78 años, con 2001 pacientes (77.2%).

El Instituto Mexicano del Seguro Social recibió un poco más de la mitad (50.31%) de las quejas por atención, siendo una situación esperada por el número de atenciones otor-

gadas por este organismo a nivel nacional. Los servicios médicos privados obtuvieron un poco más de la cuarta parte (26.16%) de las quejas, pudiendo asociarse a una mayor información de los usuarios de estos servicios, o a la percepción de que al erogarse un pago directo por el servicio, se espera siempre una respuesta favorable. En conjunto, estas dos instancias abarcan tres cuartas partes de las quejas. Si se integran todas las inconformidades de instituciones de seguridad social (1,735 casos), podemos observar que representan el 70.1% del total. Cuadro 1.

Cuadro 1. Institución de origen.

INSTITUCIÓN	NÚMERO	PORCIENTO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	1304	50.31
SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS	678	26.16
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	444	17.13
HOSPITALES FEDERALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD	50	1.93
SERVICIOS MÉDICOS DE PETRÓLEOS MEXICANOS	37	1.43
HOSPITALES DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL	10	0.38
OTROS	24	2.66
TOTAL	2547	100

El motivo de la queja fue por inconformidad con el tratamiento quirúrgico en el 37%, con el tratamiento médico en el 36% y con el diagnóstico en el 18%; por considerar inadecuado el tratamiento (13%), resultados no satisfactorios (11%), tratamiento no satisfactorio (11%), diagnóstico erróneo (10%), diferimiento en el tratamiento quirúrgico (10%) y diferimiento en el tratamiento médico (6%).

En el 72% de los casos no se identificó mala práctica y en el 2% sí. Las especialidades reportadas con mayor frecuencia fueron: urgencias médicas, oftalmología, cirugía general, urología, medicina familiar, ortopedia y odontología. La conciliación se logró mediante reintegro de los gastos erogados en la atención médica en el 58% de los casos y por indemnización en el 34%.

Más de las tres cuartas partes de las quejas se deben a atenciones otorgadas a adultos entre la edad promedio de jubilación y el límite de expectativa de vida en nuestro país.

En cuanto al género, las quejas fueron generadas por un número mayor de hombres que de mujeres, con 50.96% para los varones, aunque este porcentaje no representa una diferencia significativa.

El 87.8% de quienes iniciaron una queja fueron familiares directos, cónyuge o hijo y en poco menos del 10%, no existe relación directa; lo que pudiera correlacionarse con la persistencia de redes familiares del anciano. Cuadro 2.

Cuadro 2. Parentesco del representante.

PARENTESCO	NÚMERO	PORCIENTO
HUO (A)	1103	72.90%
CONYUGE	200	13.22%
NINGUNO	89	5.88%
NIETO	31	2.05%
HERMANO	26	1.72%
SOBRINO	26	1.72%
OTROS	38	2.51%
TOTAL	1513	100.00%

Las quejas motivadas por tratamiento médico o quirúrgico, representan en conjunto, casi las tres cuartas partes de éstas (73.73%). Las quejas por inconformidad con el diagnóstico correspondieron a un 17.59%. Cuadro 3.

Cuadro 3. Motivo inicial de la queja.

MOTIVO INICIAL	NÚMERO	POR CIENTO
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	969	37.39%
TRATAMIENTO MÉDICO	942	36.34%
DIAGNÓSTICO	456	17.59%
AUX. DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	61	2.35%
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	49	1.89%
OTROS	115	4.44%
TOTAL	2592	100.00%

La percepción de haber recibido un tratamiento inadecuado, con resultados o tratamiento no satisfactorios, en conjunto representan el 35.51% de los submotivos de queja, en comparación con sólo el 10.34% de percepción de que se estableció un diagnóstico erróneo. Sólo el 16.2% de las quejas mencionan diferimiento en el tratamiento (médico o quirúrgico). Cuadro 4.

Cuadro 4. Submotivo inicial de la queja.

SUBMOTIVO INICIAL	NÚMERO	POR CIENTO
TRATAMIENTO INADECUADO	164	13.36%
RESULTADOS NO SATISFACTORIOS	137	11.16%
TRATAMIENTO NO SATISFACTORIO	135	10.99%
DIAGNÓSTICO ERRÓNEO	127	10.34%
DIFERIMIENTO EN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	121	9.85%
DIFERIMIENTO EN TRATAMIENTO MÉDICO	78	6.35%
SECUELAS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	78	6.35%
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	66	5.38%
TÉCNICA QUIRÚRGICA INADECUADA	36	2.93%
OMISIÓN DEL DIAGNÓSTICO	35	2.85%
DIAGNÓSTICO INOPORTUNO	28	2.28%
OTROS	223	18.16%
TOTAL	1228	100%

El 5.71% de las quejas fueron motivadas por un médico diferente al tratante que fue consultado por el paciente con posterioridad. Cuadro 5.

Cuadro 5. Quejas motivadas por médico externo.

QUEJAS MOTIVADAS POR MÉDICO EXTERNO	NÚMERO	POR CIENTO
NO MOTIVADAS	2379	91.78%
SÍ MOTIVADAS	148	5.71%
NO VÁLIDAS	65	2.51%
TOTAL	2592	100%

El origen de las quejas fue predominantemente en el Distrito Federal y en el Estado de México como consecuencia de su cercanía con la sede de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico alcanzando en conjunto un 71 % las entidades de mayor concentración demográfica y del centro del país, predominando el Distrito Federal con más del 60% de quejas. Cuadro 6.

Cuadro 6. Entidad de la Unidad Médica de Origen.

ENTIDAD DE LA UNIDAD MÉDICA	NÚMERO	POR CIENTO
DISTRITO FEDERAL	1578	60.88%
ESTADO DE MÉXICO	262	10.11%
JALISCO	62	2.39%
GUANAJUATO	59	2.28%
VERACRUZ	53	2.04%
SAN LUIS POTOSÍ	49	1.89%
OTROS	529	20.41%
TOTAL	2592	100%

Después de la evaluación de las quejas realizada por la Comisión, se concluyó que la mayoría de ellas (72.46%) no fueron consecuencia de mala práctica médica, la que se identificó únicamente en el 27.54%. Cuadro 7.

Cuadro 7. Resultado del análisis documental.

MALA PRÁCTICA	NÚMERO	PORCIENTO
SIN MALA PRÁCTICA	850	72.46%
CON MALA PRÁCTICA	323	27.54%
TOTAL	1173	100%

Las especialidades que fueron atendidas y resueltas en mayor proporción por el área de conciliación fueron urgencias médicas con 12.63%, oftalmología con 12.28%, cirugía general con 8.92% y urología con 7.85%. En menor proporción se encontraron medicina familiar, ortopedia y medicina interna. Cuadro 8.

Cuadro 8. Especialidades involucradas en conciliación.

ESPECIALIDAD	NÚMERO	POR CIENTO
URGENCIAS MÉDICAS	177	12.63%
OFTALMOLOGÍA	172	12.28%
CIRUGÍA GENERAL	125	8.92%
UROLOGÍA	110	7.85%
MEDICINA FAMILIAR	97	6.92%
ORTOPEDIA GENERAL	89	6.35%
MEDICINA INTERNA	72	5.14%
PROSTODONCIA	67	4.78%
CARDIOLOGÍA	45	3.21%
PRÓTESIS	50	3.57%
TRAUMATOLOGÍA	35	2.50%
URGENCIAS QUIRÚRGICAS	32	2.29%
OTRAS	330	23.56%
TOTAL	1401	100%

Dentro de las especialidades involucradas en arbitraje, predominan las quirúrgicas con más de la mitad de los casos (53.35%), registrándose en menor proporción odontología, neurología, cardiología y medicina interna. Cuadro 9.

Cuadro 9. Especialidades involucradas en arbitraje.

ESPECIALIDAD	NÚMERO	POR CIENTO
CIRUGÍA GENERAL	22	15.94%
OFTALMOLOGÍA	22	15.94%
ORTOPEDIA GENERAL	18	13.05%
ODONTOLOGÍA GENERAL	11	7.97%
NEUROLOGÍA	9	6.52%
CARDIOLOGÍA	7	5.07%
MEDICINA INTERNA	7	5.07%
OTRAS	42	30.44%
TOTAL	138	100.00%

En resumen, dentro del proceso de atención de la queja, el 91.94% se resolvió en conciliación y únicamente el 7.91% en arbitraje. Cuadro 10.

Cuadro 10. Área de Conclusión.

ÁREA	NÚMERO	POR CIENTO
CONCILIACIÓN	2383	91.94%
ARBITRAJE	205	7.91%
ORIENTACIÓN	4	0.15%
TOTAL	2592	100.00%

Las pretensiones de los promoventes de las quejas se ubican en su mayoría en el reintegro de gastos alcanzando 57.86%, en tanto que la indemnización representó únicamente un 34.32% y el resto de las pretensiones representan menos del 10%. Cuadro 11.

Cuadro 11. Pretensiones de los promoventes de las quejas.

PRETENSIÓN	NÚMERO	POR CIENTO
REINTEGRO DE GASTOS	880	57.86%
INDEMNIZACIÓN	522	34.32%
DAÑOS Y PERJUICIOS	23	1.51%
TRATAMIENTO ESPECIALIZADO	22	1.45%
EXPLICACIÓN TÉCNICO MÉDICA	20	1.31%
OTROS	54	3.55%
TOTAL	1521	100%

En cuanto a la submodalidad de conclusión de la queja, los principales motivos fueron: falta de voluntad conciliatoria (31.41%), aceptación de una transacción (30.60%) y aceptación de una aclaración (21.75%). Cuadro 12.

Cuadro 12. Submodalidad de conclusión.

SUBMODALIDAD DE CONCLUSIÓN	NÚMERO	POR CIENTO
FALTA DE VOLUNTAD CONCILIATORIA	387	31.41%
TRANSACCIÓN	377	30.60%
ACLARACIÓN ACEPTADA	268	21.75%
ABANDONO DE LA INSTANCIA	56	4.55%
DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN	30	2.43%
LAUDO CONDENATORIO	24	1.95%
OTROS	90	7.31%
TOTAL	1232	100%

El análisis de las quejas en cuanto al daño ocasionado mostró que en más de la mitad de las quejas no se evidenció daño (56.11%), una quinta parte de los daños registrados derivaron en daño temporal y en otra quinta parte derivó en daño permanente o defunción. Cuadro 13.

Cuadro 13. Gravedad del daño.

GRAVEDAD DEL DAÑO	NÚMERO	POR CIENTO
SIN DAÑO	147	56.9411%
DAÑO TEMPORAL	50	19.08%
DAÑO PERMANENTE	21	8.02%
MUERTE	44	16.79%
TOTAL	262	100%

A partir de 2002 se registraron en el SAOMED los diagnósticos clínicos con los cuales los pacientes fueron atendidos, obteniéndose 1058 registros. De ellos, en 15.7% no se contó con elementos para identificar la patología, lo que habla de un inadecuado llenado del expediente clínico. Las enfermedades se clasificaron de acuerdo con la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10, con los datos que se muestran en el Cuadro 14.

Cuadro 14. Diagnósticos clínicos identificados en las inconformidades relacionadas a atención de adultos mayores, 2002-2008.

CATEGORIA	FRECUENCIA	POR CIENTO
Enfermedades del aparato digestivo	221	20.9
Enfermedades del ojo y sus anexos	106	10.0
Enfermedades del sistema circulatorio	102	9.6
Neoplasias	99	9.4
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	97	9.2
Enfermedades del sistema genitourinario	90	8.5
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	49	4.6
Enfermedades del sistema respiratorio	38	3.6
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	22	2.1
Enfermedades del sistema nervioso	22	2.1
Otros	46	4.3
Sin elementos para identificar	166	15.7
Total	1058	100

III. Discusión

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y RETRASO DE LAS MANIFESTACIONES DEL ENVEJECIMIENTO

Es necesario recordar que: “envejecer es la única forma conocida de vivir mucho tiempo” (autor desconocido), por lo tanto quienes tienen el privilegio de vivir muchos años, deben reconocer que ser viejo es un privilegio, no un inconveniente. Así como hemos visto que hay aspectos negativos de la vejez, también los hay positivos; así, al mismo tiempo que pretendemos prevenir o frenar los daños, debemos trabajar para desarrollar en su máxima expresión sus aspectos positivos.

En la más elemental justicia, es necesario hacer el reconocimiento que se merece, a quien ha hecho la tarea a que se comprometió y ahora le corresponde disfrutar de sus logros, a través de ofrecer a los demás los conocimientos y experiencia adquiridos, a sus hijos, a sus alumnos y a sus nietos; hacerse acreedor al respeto de las personas de su entorno. La familia y la sociedad tiene la responsabilidad de ofrecer un entorno propicio y la oportunidad aprovechar los conocimientos y experiencia de los viejos.

Para estar en condiciones de diferir las manifestaciones de envejecimiento, se hace necesario contar con un organismo

saludable, a través de alimentación adecuada, actividad física y mental, prevención de las enfermedades en que existen inmunizaciones disponibles y detección oportuna de enfermedades, cuando todavía hay opción de curarlas o limitar su daño. Existen riesgos que se conocen con oportunidad, a través de antecedentes familiares y el estilo de vida de las personas en proceso de envejecimiento, sobre los cuales es factible actuar a través de medidas preventivas que limiten el daño, su evolución natural o el desarrollo o sus complicaciones.

Mediante exámenes médicos periódicos es factible diagnosticar y tratar en forma oportuna las enfermedades crónicas degenerativas, prevenir sus complicaciones y cuando se requiera proceder a la rehabilitación de secuelas y discapacidades.

Una falta de autocuidado de la salud y de una prevención, atención médica y rehabilitación oportuna y efectiva, invariablemente llevará a un envejecimiento prematuro, pérdida del control de las enfermedades y seguramente a una muerte prematura.

Alimentación saludable.

Un plan de alimentación para el adulto mayor debe ser establecido en congruencia con la actividad física que desarrolla, con los determinantes de su estado de salud, los riesgos identificados, las enfermedades con que curse y muy importante: "con sus gustos".

En los adultos mayores se presentan los extremos de la mala nutrición, desde el bajo peso y carencias nutricionales, hasta la obesidad.

1. Se requiere un plan nutricional con alimentos que aporten las calorías para mantener a la persona dentro de su peso y masa corporal ideales; es necesario tener en cuenta su menor actividad física y un metabolismo menos eficiente, para ofrecer una menor cantidad de calorías. Es necesario disminuir las calorías "huecas" a expensas de harinas y azúcares, cubriendo el aporte de carbohidratos con cereales integrales, verduras y frutas frescas de colores intensos, que aportan además de los carbohidratos: fibra y vitaminas.
2. Líquidos abundantes, mismos que además de una hidratación adecuada (en presencia de función renal normal), impediría la desecación de la materia fecal y contribuiría a prevenir la habitual constipación del anciano.
3. La tendencia a la obesidad, a las hiperlipidemias y a la aterosclerosis, obliga a la restricción de grasas saturadas, huevos, mantequilla, purinas contenidas principalmente en los embutidos, la carne de cerdo y los mariscos.
4. Debe limitarse el aporte de sodio, presente en alimentos preservados con benzoatos, alimentos salados como la carne seca, embutidos, alimentos "chatarra" y los consomés, así como limitar el uso indiscriminado de la sal en la preparación y consumo de los alimentos. Estas precauciones son indispensables en las personas con hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y nefropatías.

5. Aporte de fibra para prevenir la constipación, favorecer un funcionamiento intestinal regular y dificultar la absorción de grasas saturadas.

6. Asegurar un aporte suficiente de aminoácidos esenciales, minerales y vitaminas preferentemente a través de los alimentos y en su defecto con suplementos, las grasas poliinsaturadas son útiles.

Ejercicio programado.

Si se pretende contar con "viejos saludables", es indispensable que además de una alimentación bien balanceada, se cuente desde varios años antes de la vejez, con un plan para realizar el ejercicio en forma programada, que le permita mejorar sus condiciones aeróbicas; desarrollar tono y fuerza muscular, flexibilidad y elasticidad articular y contribuir a la prevención de artrosis y osteoporosis. Un programa de ejercicio correctamente desarrollado facilita el control del peso corporal y una menor resistencia tisular a la insulina en diabéticos.

El desarrollo de programas estructurados para promover la actividad física en los adultos mayores, ha sido ignorado tanto por las autoridades de salud, como por las deportivas. Durante la consulta médica cuando mucho se recomienda a un adulto mayor que camine cuatro o cinco veces por semana durante media hora, como contraparte los adultos mayores evitan hacer ejercicio por cansancio, depresión o para no afectar sus articulaciones, con frecuencia ya enfermas; en otras ocasiones carecen de facilidades para hacerlo sin riesgo de ser atropellados, mordidos por un perro o sufrir una caída.

El Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (Center for Disease Control "CDC") en 1999, según cita de Vega García¹⁴, refirió que la inversión de un dólar para promover la actividad física moderada, produciría un ahorro de \$3.20 dólares en gastos médicos.

En el proceso de rehabilitación cardiovascular de los pacientes que han sufrido un infarto, están en riesgo de sufrirlo, o cursan con insuficiencia coronaria crónica ya establecida: el ejercicio programado representa una medida preventiva, contribuye a su tratamiento, así como de las consecuencias de la artrosis y el dolor crónico, la constipación, el insomnio y la depresión.

Como un beneficio colateral un cuerpo saludable y fuerte, facilitará al adulto mayor ser autónomo y productivo hasta una mayor edad y desarrollar redes sociales durante su práctica comunitaria.

Actividad intelectual.

La sentencia que indica que: "Órgano que no se usa, se atrofia" es particularmente válida para el cerebro. Así como la actividad cerebral permite desarrollar conexiones neuronales, su ausencia determina la pérdida de ellas. Es importante mantenerse en activo en su profesión, mientras sea posible contar con una mente clara y una actitud positiva.

Un intelectual, que en forma cotidiana desarrolla sus capacidades mentales para la realización de su trabajo y solución de sus problemas, va a hacer cada vez más eficiente a su cerebro, a diferencia de quien realiza trabajos manuales sin esfuerzo intelectual.

En el momento en que por cualquier razón un adulto mayor deba retirarse de su profesión o su trabajo, es necesario que desarrolle otro tipo de actividades dentro de una gran gama de posibilidades, pueden ser: culturales como la pintura, la literatura, estudiar sus preferencias, leer los libros que estaban pendientes o algunos nuevos; la docencia en los temas en que haya desarrollado experiencia; la catequesis, "viajar en la Internet", asistir a conferencias y conciertos, visitar museos, viajar si es posible; hacer amigos a través de involucrarse y desarrollar habilidades en redes sociales. Como dice Gabriel García Márquez: "El secreto de una buena vejez, no es otra cosa que un pacto honrado con la soledad".

El envejecimiento y el espíritu.

En la esfera espiritual la Clínica Mayo hace énfasis, en la espiritualidad como elemento indispensable para un envejecimiento saludable; ¹⁵ señalan que: "La espiritualidad es un proceso dinámico por el cual se descubre una sabiduría interna y vitalidad, que dan significado y propósito a todos los eventos y relaciones de la vida". Incluyen a la meditación para reducir el estrés y sus efectos.

Prevención, detección oportuna y atención efectiva de las enfermedades.

A través del examen médico periódico, en los adultos mayores debe privilegiarse la identificación oportuna y el tratamiento efectivo de las enfermedades crónico-degenerativas, que permitan su control, la limitación del daño y la prevención de secuelas y discapacidades. Su omisión permite que la enfermedad evolucione conforme a su historia natural a una etapa de cronicidad o que el cáncer se desarrolle, invada o se disemine; con ello la sobrevida y la calidad de vida que se les puede ofrecer, son miserables y con frecuencia únicamente se puede contemplar como la enfermedad, termina con el enfermo.

El examen médico periódico inicial, debería incluir historia clínica completa, incluyendo tacto rectal y en las mujeres, la exploración ginecológica y de mamas. Exámenes de laboratorio y gabinete a criterio del médico debiendo considerarse: biometría hemática, química sanguínea, enzimas hepáticas, colesterol, triglicéridos, colesterol de alta y de baja densidad, examen general de orina e investigación de sangre oculta en heces; estudio del Papanicolaou cérvico vaginal, mastografía y densitometría ósea (en la mujer) y antígeno prostático específico (en el hombre). A criterio del médico, electrocardiograma, estudio oftalmológico, medición de la presión intraocular y evaluación de la audición. En caso de justificarse: estudios endoscópicos de estómago y colon o

colon por enema. En las consultas subsecuentes únicamente se realizarán aquellos estudios que el médico considere necesarios para dar seguimiento a los problemas encontrados o investigar nuevos problemas.

La difusión amplia de los conocimientos médicos a través de los medios masivos de comunicación, ha facilitado, que las personas asuman su responsabilidad en cuidado de su salud a través de requerir las inmunizaciones que les corresponden, llevar a cabo la detección oportuna de enfermedades y su tratamiento precoz, aún antes de que hubieran dado manifestaciones clínicas.

En cuanto a las inmunizaciones, existen esquemas de vacunación bien definidos tanto para los niños, como para las personas mayores.^{16, 17} Por mucho tiempo la única inmunización que se aplicó a los adultos mayores, fue el toxoide tetánico, cuando hubieran sufrido una herida potencialmente contaminada. Actualmente se cuenta a su disposición con las vacunas antiinfluenza, de aplicación anual y la vacuna antineumocócica con periodicidad quinquenal (16, 17), así como las vacunas antihepatitis A y B, para personas que se encuentran en riesgo y la vacuna antidiftérica.

La protección de la salud de las personas mayores, sería insuficiente si se omitiera la identificación oportuna y tratamiento efectivo de enfermedades crónico degenerativas, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, así como los procesos neoplásicos; seguida de la prevención terciaria a través de la rehabilitación, cuando existan secuelas y discapacidades.

El tabaquismo, el alcoholismo y el abuso de las drogas psicotrópicas han sido identificadas como amenazas para la salud pública, el daño multiorgánico que ocasionan es un riesgo particularmente alto en los adultos mayores, por lo que debe evitarse su uso y abuso.

El tabaquismo, sobre todo si es intenso y por tiempo prolongado propicia el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones bronquiales y cáncer broncogénico; además del daño secundario al sistema cardiovascular, la propensión al infarto del miocardio, a la insuficiencia arterial periférica, a la enfermedad ácido péptica y posiblemente a la maculopatía retiniana.

El abuso en el consumo del alcohol puede transformarse en una enfermedad por adicción, con daños en las esferas psíquica, física y social, afectando negativamente el proceso de envejecimiento y llegando a ocasionar cirrosis, insuficiencia hepática e hipertensión portal, previos a una muerte penosa por hemorragia o coma hepático.

En el IMSS se propuso el "Plan general de atención a la salud de los adultos de 65 años y mayores por parte del internista"¹⁹, con base en el diagnóstico de los padecimientos con mayor prevalencia después de los 65 años,⁹ con el propósito de garantizar su atención mediante la promoción y autocuidado de la salud, prevención y detección oportuna de las enfermedades; monitoría e intervención sobre los factores de riesgo; atención médica oportuna y eficiente, en

caso de que las enfermedades hubieran llegado a la etapa de cronicidad, lograr su control y en los casos que fuera necesario, la rehabilitación de secuelas y discapacidades, a fin de mejorar su nivel de salud, la calidad de su vida y disminuir el costo de la atención médica.

Teniendo en cuenta que el costo de un examen médico integral es muy alto, la Unidad de Salud Pública del Instituto Mexicano del Seguro Social, desarrollo e implantó el programa PREVENIMSS, incluyendo a los adultos de 65 años y mayores, con programas de inmunización y detección y tratamiento oportuno de enfermedades, mediante una revisión médica anual.²⁰

A principios de 2009, la Secretaría de Salud presentó el Programa: "Cinco Pasos por la Salud para Vivir Mejor" (20), dirigido principalmente a la prevención y control del sobrepeso y obesidad, a través de cinco acciones: "Muévete", mediante la realización de ejercicio del tipo de la caminata; "Toma agua", tres vasos al día en lugar de refrescos embotellados; "Come verduras y frutas", para sustituir a la comida chatarra; "Mídete", con relación a la medición del perímetro de la cintura y a la medición del peso corporal, para evaluar y controlar el sobrepeso y "Comparte" con otras personas con el mismo problema de sobrepeso, tanto el ejercicio como el resto de pasos, a fin de integrar redes de autoayuda.

También se presentó un programa preventivo, a cargo del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), llamado "Atención del Adulto y Anciano", donde se define una línea de trabajo sobre atención del envejecimiento, a través de la unificación de estrategias y lineamientos en el sector salud, para desacelerar la tendencia del Riesgo Cardiovascular y Diabetes en la población mexicana, a través de los esquemas de prevención, tratamiento y control, para brindar atención con ética, equidad y calidad, así mismo lograr un Envejecimiento activo y saludable. Existe también un programa específico sobre Atención al Envejecimiento, que establece como objetivo "desarrollar un diagnóstico situacional de los adultos mayores para implementar modelos de atención que promuevan un envejecimiento activo y saludable en México, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas".²¹

Estos programas están orientados a la atención del proceso fisiológico de envejecimiento y sus manifestaciones, al cual es necesario agregar las enfermedades que cada persona padezca. Dada su frecuencia y su mortalidad, es relevante la detección, atención oportuna y control adecuado de obesidad, diabetes mellitus, dislipidemias y la hipertensión arterial, antes de que puedan ocasionar daño en órganos blanco, por el riesgo de complicaciones crónicas como la insuficiencia renal, los eventos cerebro-vasculares, el infarto del miocardio y las amputaciones.

La detección y el tratamiento oportunos de las enfermedades neoplásicas, particularmente en las que tienen mayor prevalencia y mortalidad, como los cánceres de mama y

cervicouterino en la mujer y los de próstata y pulmón en el hombre, en los que existe mayor oportunidad de curación. Por ello se hace necesario participar en un programa de detección oportuna.

El cuidado de un adulto mayor debe considerar la posibilidad de que requiera una atención con urgencia, por ello tanto él como familia deben conocer cuáles son las manifestaciones, que deben indicar su traslado inmediato a un hospital o su atención por su médico de cabecera:

- Mareo, desmayo, confusión o pérdida del conocimiento.
- Presencia de sangre roja o negra en el vómito, expectoración o en las heces.
- Dolor opresivo intenso, agudo, en el pecho, cuello o espalda, sobre todo si se acompaña de palidez, diaforesis y angustia.
- Pérdida transitoria de la visión.
- Mucosas secas o confusión, sobre todo en pacientes con diabetes mellitus, diarrea o vómito.
- Hernia no reductible.
- Vómito de aspecto y olor a heces fecales.
- Incapacidad para expresarse verbalmente, sobre todo si se ha perdido parcial o totalmente la movilidad de un miembro o se ha desviado la comisura labial.
- Caídas con fracturas evidentes o incapacidad para mover algún miembro.
- Dificultad para respirar con tiros o cianosis.

Sin que represente una emergencia, debe consultarse lo más pronto que sea posible, en casos de:

- Baja de peso inexplicable.
- Hormigueos y adormecimientos permanentes.
- Disnea progresiva con los esfuerzos o en reposo.

Debe estar previsto quién y dónde se proporcionará esta atención, para evitar dilaciones que pueden ocasionar mayor morbilidad o mortalidad. Es muy importante que cada anciano cuente con acceso a servicios de salud y un médico de su confianza, a quien pueda acudir cuando tenga un problema; que esté localizable y que ese médico disponga de tiempo suficiente para escucharlo y darle las explicaciones que requiera. Conviene que sea un médico general, un internista o un geriatra.

Los adultos mayores, con frecuencia padecen varias enfermedades crónico degenerativas o sus complicaciones; así como sus complicaciones agudas, esto hace necesaria la prescripción de varios medicamentos, con riesgo de efectos secundarios, interacciones y eventos adversos. En un estudio realizado en el I.M.S.S. en 2001 mostró que las reacciones adversas a fármacos, ocasionan del 3% al 10% de las admisiones hospitalarias, los adultos mayores que reciben de dos a cuatro medicamentos, tienen riesgo de

tener una interacción en un 6%; en un 50% con cinco y hasta 100% con ocho.²²

Aunado a esto es necesario considerar que la depuración de medicamentos es más lenta en el anciano con lo cual, la probabilidad de sobredosis, de interacciones medicamentosas y efectos adversos es más alta. Los analgésicos, los antiinflamatorios no esteroideos, los somníferos y el sildenafil o similares, deben administrarse exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

Es importante mantener un control adecuado sobre la vista, la audición y la salud de los pies, pues ello evita que las personas se aislen, al estar imposibilitados para desplazarse por sí mismos, no poder comunicarse y relacionarse con la familia y la sociedad.

La postura correcta y evitar esfuerzos excesivos, al tratar de levantar pesos muertos, mover muebles, previenen presentación de dorsalgia, hernias de la pared abdominal, hernias y degeneraciones discales, así como fracturas vertebrales predisuestas por la osteoporosis, con la consiguiente compresión radicular que puede hacer que su vida sea muy penosa.

Aún no existe consenso en el gremio médico con relación a la prescripción con carácter preventivo, de vitaminas antioxidantes del tipo de las A, C y E, antiagregantes plaquetarios del tipo de la aspirina a dosis bajas, para prevenir las trombotosis; las estatinas, para prevenir o tratar la hiperlipidemias; los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, para mantener la presión arterial en un rango adecuado y proteger la función renal; así como inhibidores de la bomba de protones o de los receptores H₂ de la histamina, para prevenir o tratar la gastritis y la úlcera péptica.

Rehabilitación oportuna y efectiva.

El nivel de prevención terciaria a través de promover la rehabilitación de las secuelas y de las discapacidades consecutivas a diferentes enfermedades, permitirá recuperar parte de la calidad de vida perdida en el proceso de envejecimiento, o como consecuencia de las enfermedades, para lograr una mayor autonomía del anciano.

Los principios y objetivos de la rehabilitación comprenden:

- Mantener la máxima movilidad.
- Mantener o restaurar la independencia.
- Obtener confianza y cooperación de la persona.
- Crear atmósfera esperanzada y optimista (cuidando sea fidedigna).
- Aplicar tratamientos simples.
- Sesiones terapéuticas cortas y repetidas.
- Integración de todo el personal de asistencia.

El envejecimiento y la economía.

Mientras la persona está en la etapa de productividad o cuando menos en la de autonomía, es de esperarse que pueda sufragar sus necesidades de vivienda, alimentación, atención médica y probablemente compañía. Es importante haber planeado desde muchos años antes: "guardar para

la vejez", a expensas de ahorros, inversiones, pensiones, jubilaciones o bienes raíces, sin embargo el anciano debe preveer de qué va a vivir o con quién va a vivir y quién le va a ayudar a complementar su gasto. Puede considerarse que al final la familia o el Estado deberían hacerse cargo de los cuidados del anciano; sin embargo, la primera no siempre está dispuesta y el segundo aún no se organiza para ello.

IV. El adulto mayor saludable

El adulto mayor saludable debería incorporar a su persona las siguientes características:

- Persona erecta, con peso corporal cercano al ideal, bien presentada, pulcra, con una actitud jovial, servicial, que se mantiene activo, que se relaciona afectuosamente y es apreciado por las personas de su entorno. Que lleva una dieta adecuada y sigue realizando ejercicio programado, congruente con sus condiciones físicas.
- Organismo saludable, con capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, con prevención y control de sus enfermedades, sin que lo limiten en sus capacidades.
- A nivel intelectual, con cualidades y capacidades derivadas de sus conocimientos, experiencia, madurez y prudencia; que le han permitido alcanzar el nivel de sabiduría, con una actitud positiva, propositiva y asertiva, en beneficio de sí mismo, de su familia, de la sociedad o de la empresa en que labora; con actitud y capacidad de aportar algo en provecho de los demás. El maestro que se mantiene enseñando tarda más en envejecer.
- Con paz espiritual que da significado y propósito a todos los eventos y relaciones de la vida.
- En el ámbito familiar el anciano no representa una carga, sino el aprovechamiento de los conocimientos, experiencia y habilidades, en beneficio de la familia en lo general y de los hijos y nietos en lo particular, a expensas de dar un consejo, ayudar a las tareas, leerles un libro o enseñarlos a jugar ajedrez.
- A nivel profesional, un adulto mayor que se ha cuidado, puede tener una mayor permanencia en su trabajo, siendo necesario establecer con cuidado el criterio adecuado y el momento oportuno para retirarse.
- Con autosuficiencia económica y con compañía. Cuando una persona mayor deja de planear para el futuro, ha envejecido y ha aceptado que nada más tiene que hacer en la vida.

RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Facilitar el acceso de los adultos mayores a instalaciones públicas adecuadas a su condición y capacidades.
2. Otorgar acceso prioritario a servicios de salud acordes a su edad (necesidades), preferentemente con Geriatras o Gerontólogos, Médicos Internistas o Médicos Cirujanos

con capacitación en geriatría, que contemplen además de acceso a servicios de salud dental.

a) Atención dental (la salud comienza por la boca); presencia de gingivitis y edentulia impiden una adecuada masticación y por lo tanto una apropiada alimentación.

b) Atención y seguimiento de padecimientos crónico-degenerativos:

- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial Sistémica
- Insuficiencia vascular
- Cardiopatía coronaria
- Obesidad
- Desnutrición
- Enfermedades osteoarticulares (desgaste crónico articular, osteopenia-osteoporosis, lumbalgias)

c) Acceso a Programas de Detección Oportuna de Cáncer:

Mujeres

- Mastografías y Exploración Mamaria periódicas
- Papanicolaou asiduo
- Tacto rectal (Ca de colon)

Hombres

- Exploración prostática (tacto rectal) habitual
- Antígeno prostático específico.

d) Orientación nutricional acorde al deterioro sensorial y orgánico (xerostomía, edentulia) y reeducación sobre alimentación (adecuación de porciones toleradas con reducción del aporte calórico e incremento del calcio iónico y vitamina D).

e) Vigilancia y seguimiento (u orientación) de (deterioro sensorial y orgánico):

- Cataratas
- Ceguera
- Hipoacusia-Sordera
- Xerostomía
- Anosmia
- Agusia
- Constipación
- Úlceras y lesiones dérmicas
- Presbicia (altos consumidores de medicamentos de los cuales no pueden leer las precauciones y contraindicaciones).

f) Observación de astenia-depresión.

g) Promoción del autocuidado a la salud.

h) Programas de autocuidado.

i) Programas de vacunación.

3. Facilitar el acceso a Centros Sociales:

a) Fomento de actividades físicas apropiadas y convenientes a su condición y capacidades.

b) Fomento de actividades sociales y recreativas.

c) Acceso a grupos de apoyo (laicos).

4. Fomentar la prevención de accidentes derivados del deterioro sensorial.

a) Uso de anteojos adecuados para el tipo y grado de deficiencia visual.

b) Utilizar zapatos cómodos, de la talla correcta, pero deseche las chanclas que le resten estabilidad o aquellos que estén deformes.

c) Tomar la totalidad de los medicamentos de acuerdo a la prescripción de su médico, sin obviar ninguno y consumiéndolos con la cantidad suficiente de agua si le está permitido.

d) Al salir a la calle, llevar consigo la credencial del INA-PAM o una tarjeta con sus datos personales, teléfonos de contactos en caso de emergencia y las enfermedades que padece.

e) Si usa bastón, preferir los de cuatro apoyos, ajustados a su altura correcta.

f) Verificar el correcto funcionamiento de los auxiliares aditivos, si se cuenta con ellos.

g) Eliminar tapetes que no estén fijos.

h) Si puede, utilice antiderrapantes en el baño.

5. Canalizar oportunamente, cuando se requiera, a centros de rehabilitación para:

a) Reeducación

- Postural
- Realización de esfuerzos

b) Orientación sobre readecuación de su vivienda y estilo de vida.

- Utilización de superficies antiderrapantes o identificación de superficies resbalosas.
- Identificación de bordes angulados
- Supresión del tabaquismo:
 - Tratamiento de adicciones.
 - Reiterar el cruce de calles sólo en las esquinas.

6. Informar sobre las acciones a realizar en caso de caídas dentro del domicilio:

▪ Conservar la calma, mantenerse en el piso y evaluar si sufrió algún daño de consideración o presenta sangrado; aplicar presión sobre la zona cruenta en caso necesario.

▪ Para incorporarse, arrastrarse si es necesario hasta estar cerca de un sitio donde pueda apoyarse.

▪ Colocarse primero en cuatro puntos "a gatas" y sostenerse de algo firme; nunca de objetos que puedan caerle encima.

▪ Si sufrió lesiones de importancia, llamar a los servicios de emergencia o a algún familiar que pueda auxiliarle. Si no puede, gritar de manera regular y sin fatigarse.

▪ En caso de heridas, no aplicar nada y acudir al médico.

7. Capacitar a los pacientes y familiares para la identificación de datos de alarma de la patología de la que es portador.

a) Vasculares

b) Hemorragias

c) Dolor (cefalea, abdominal, etc.)

d) Pérdida del estado de alerta

e) Pérdida de la visión

f) Incapacidad para comunicarse

RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL PROFESIONAL DE SALUD

1	Prescribir alimentación congruente con la edad, actividad física y gustos del paciente para mantener su peso corporal dentro de los estándares. a) Ofrecer orientación nutricional acorde al deterioro sensorial y orgánico (xerostomía, edentulia). b) Brindar reeducación sobre alimentación (adecuación de porciones toleradas con reducción del aporte calórico e incremento del calcio iónico y vitamina D).
2	Indicar actividad física programada, de tipo aeróbico y de fortalecimiento osteomuscular.
3	Prescribir las medidas para la suspensión del tabaquismo, drogas psicotrópicas y alcoholismo. Indicar medidas de seguridad personal.
4	Practicar un examen médico integral inicial y posteriormente al menos una vez por año e indicar los estudios de laboratorio y gabinete requeridos.
5	Evaluar los riesgos de padecer enfermedades y practicar o indicar las acciones y los estudios necesarios para su detección oportuna.
6	Aplicar o indicar las medidas preventivas (inmunizaciones y detecciones) relacionadas con los riesgos y padecimientos identificados.
7	Otorgar la atención médica requerida por el paciente y solicitar las consultas que se considere necesarias para ello.
8	Realizar consultas médicas periódicas que se requiera para el control de los padecimientos del paciente.
9	Practicar con la periodicidad establecida los procedimientos de detección y prevención requeridos para asegurar la salud del paciente.
10	Mantener al paciente informado y sin dudas sobre su padecimiento, cuidados y medicamentos prescritos para asegurar su participación.

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

1	Mantener su peso corporal dentro de los estándares establecidos, con base en una alimentación balanceada y suficiente.
2	Practicar ejercicio programado de tipo aeróbico y de fortalecimiento osteomuscular por indicación y control del médico y/o de un experto.
3	Evitar la adicción al tabaco, drogas psicotrópicas y alcohol en exceso. Aplicar medidas de seguridad en el domicilio y al conducir automóvil.
4	Acudir cuando menos una vez al año con su médico y practicarse un examen integral.
5	Practicarse los estudios de laboratorio y gabinete indicados por el médico para la evaluación inicial integral y detección oportuna de enfermedades.
6	Llevar a cabo las medidas preventivas (inmunizaciones y detecciones) relacionadas con los riesgos y padecimientos identificados por el médico.
7	Cumplir con la presentación e instrucciones del médico y asistir a las interconsultas que éste hubiera considerado necesario indicar.
8	Asistir a sus consultas con la periodicidad indicada por el médico para el control de sus padecimientos.
9	Practicar con la periodicidad establecida los procedimientos de detección y prevención, indicados por el médico, para asegurar su salud.
10	Preguntar al médico cualquier duda y manifestar cualquier inconformidad con el tratamiento prescrito para su aclaración.

V. Referencias

- 1 Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Segunda Edición. España 2001.
- 2 United Nations Department of Economics and Social Affairs/Population Division. World Population prospects: The 2004 Revision. Volume III: Analytical Report.
- 3 World Population Ageing 1950-2050. New York, United Nations Population Division, 2002.
- 4 Uribe-Esquivel M. Envejecimiento Poblacional: Situación Actual y Proyecciones en México. Foro Interacadémico en Problemas de Salud Global. México: Academia Nacional de Medicina; 2006.
- 5 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censos Nacionales de Población y Vivienda: 1950-2005. México 2006. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=2343>. (Acceso 13-07-2009)
- 6 Kusic Z. Envejecimiento poblacional: Situación actual y proyecciones. El caso Croacia. Foro Inter-académico en Problemas de Salud Global. México: Academia Nacional de Medicina; 2006. Pp. 1-7.
- 7 García-González JJ. Envejecimiento activo y actividad laboral. Foro Inter-académico en Problemas de Salud Global. México: Academia Nacional de Medicina; 2006. Pp: 240-252.
- 8 Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre enfermedades en México 2001.
- 9 Aguirre Gas H, Báez Gallegos B, Soto Arreola M, Valdivieso Calderón R, Galindo Aparicio R, Wacher Rodarte N. Demanda de atención médica en el IMSS por derechohabientes de 65 años y mayores. Análisis epidemiológico. Rev Med IMSS. 2000; 18: 39-52.
- 10 Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. División Técnica de Información Estadística en Salud. Anuario Estadístico 2005.
- 11 d'Hyver de las Deses C. Caídas y Accidentes. Foro Interacadémico en Problemas de Salud Global. México: Academia Nacional de Medicina; 2002. Pag. 98-104.
- 12 Aguilar Navarro S, Gutiérrez-Robledo LM. Negligencia, maltrato, violencia y discriminación por edad. Foro Inter-académico en Problemas de Salud Global. México: Academia Nacional de Medicina; 2006. Pp. 59-71.
- 13 Aguirre Gas H, Campos-Castolo EM, Carrillo Jaimes A, Zavala Suárez E, Fajardo Dolci G. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. Rev. CONAMED. 2008; 13-2: 5-16. ISSN 1405-6704.
- 14 Vega-García E. Calidad de vida en la vejez: la promoción de estilos de vida saludables. Foro Inter-académico en Problemas de Salud Global. México: Academia Nacional de Medicina; 2006. Pag. 150-160.
- 15 Creagan ET. Guía de la Clínica Mayo sobre el envejecimiento saludable. Rochester Minnesota. México: Inter-sistemas; 2001. ISBN 970-655-627-3.
- 16 Kumate Rodríguez J. Las vacunas y los grupos etéreos. Cir. Ciruj. 2006; 74: 145-146.
- 17 Halabe-Cherem J, Hamui-Sutton A. Vacunación en el Adulto. Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. División de Estudios de Postgrado. México: UNAM; 2008.
- 18 Aguirre Gas H, Halabe Cherem J, Nellen Hummel HG, Galván Plata E. Plan general de atención a la salud de los adultos de 65 años y mayores, por parte del internista. Med Int Mex. 2001; 17: 272-278.
- 19 Instituto Mexicano del Seguro Social, Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Guía para el cuidado de la Salud. Programa PREVENIMSS. 2002.
- 20 Secretaría de Salud. Programa "Cinco Pasos por la Salud, para Vivir Mejor", México 2009. Disponible en: www.salud.gob.mx.
- 21 CENAVECE. Programa "Atención del Adulto y del Anciano". Subprograma Atención al Envejecimiento. Secretaría de Salud. México 2009. Disponible en: <http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/index.html>. (Acceso 13-07-2009)
- 22 Nellen Hummell H., Halabe Cherem J., Aguirre Gas, H. Polifarmacia en el anciano. Med. Int. Mex. 17: 197-201, 2001.
- 23 Salgado Alberto, Guillén Francisco. Manual de Geriátria. México Salvat Editores. 1992. ISBN 84-345-2999-8.