

CARTA AL DIRECTOR

# El anciano ante la cirugía

Dr. Raúl Ramírez Álvarez<sup>1</sup>  
Dra. Noemí Quintero Sarduy<sup>2</sup>  
Dra. Mildrey Jiménez López<sup>3</sup>

## RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud admite los 60 años como la iniciación de la edad geriátrica, descansa en todos los cambios fisiológicos y sociales que acontecen en este grupo etáreo. Es una idea muy generalizada decir que el envejecimiento es la antesala de la muerte, idea que hace que la vejez sea una edad desdeñada por muchos, aun por los propios ancianos, que la esperan y la viven con horror o con gran temor. El presente trabajo aborda el tema del anciano y la cirugía, se hace un abordaje donde se tienen en cuenta dos grandes especialidades: La Geriatria y la Cirugía y se comenta sobre datos interesantes al respecto. Cuba tiene, en salud, índices de comportamiento iguales a los de países desarrollados y, por tanto, el número de enfermos ancianos aumenta por año. La esperanza de vida de las personas que vivan en Cuba y cumplan los 75, es de 10-20 años; y los que arriban a 80, de 7.6 para ambos sexos. Los cambios irreversibles que sufre el organismo exigen que nos eduquemos para poder comprender y aceptar los nuevos límites de nuestras posibilidades físicas y dedicar el tiempo necesario a cuidar de una salud que antes era frecuente relegar.

**DeSC:**

ANCIANO/cirugía  
SALUD DEL ANCIANO  
GERIATRÍA

## SUMMARY

The World Health Organization considers de age of 60 as the beginning of the geriatric age. This is based on all the physiologic and social changes that take place in this age group. It is a very widespread idea to say that aging is the threshold of death, and it makes the old age to be rejected by many, even by the elderly people that wait for it and live it with horror or great fear. The present work approaches the topic of elderly people and surgery, taking into account two important medical specialties: Geriatrics and Surgery. Some interesting data concerning this topic are commented. Cuba presents health indexes similar to those of the developed countries and, therefore, the number of old sick persons increases per year. The life expectancy of people reaching 75 years of age in Cuba is 10-20 years; and for those that reach 80 years, it is 7.6 for both sexes. The irreversible changes the human organism undergoes, demand us to be prepared to understand and accept the new limits of our physical possibilities and to spend the necessary time taking care of our health, something we frequently left unattended before.

**MeSH:**

AGED/surgery  
HEALTH OF THE ELDERLY  
GERIATRICS

## **Sr. Director:**

La Geriátría moderna comienza con los trabajos de la Dra. Marjory Warren, de sus ideas nacieron principios que mantienen la más plena vigencia:

- La vejez no es una enfermedad
- Es esencial hacer un diagnóstico exacto
- Son curables muchas enfermedades de la vejez
- El reposo injustificado puede ser peligroso<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud acepta los 60 años como el comienzo de la edad geriátrica, se apoya en todos los cambios fisiológicos y sociales que ocurren en este grupo etáreo.<sup>2</sup> Es una idea muy generalizada decir que el envejecimiento es la antesala de la muerte, idea que hace que la vejez sea una edad repudiada por muchos, aun por los propios ancianos, que la esperan y la viven con horror o con gran temor; los fenómenos de alienación que han afectado sobremanera a los ancianos y provocan, en muchos de ellos, una ruptura entre su existencia y su esencia social, fenómeno que condujo, en no raras ocasiones, a conductas suicidas.<sup>3</sup>

Durante el presente siglo asistimos a una situación singular, más y más personas superan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapas de la vejez y convierten el envejecimiento en un reto importante para las ciencias. Los ancianos constituyen los mayores consumidores absolutos y relativos de servicios de salud y medicamentos en cualquier país del mundo<sup>4</sup> y son parte de un grupo social que tiene, a su vez, determinados valores éticos y morales que se formaron en el momento histórico que les tocó vivir; es por ello que la relación ciencia-axiología se comporta tan caprichosamente en ellos: por un lado con aportes y descubrimientos que favorecen el aumento de la esperanza de vida y, por otra parte, estos mismos avances violan un gran número de procesos psicológicos, éticos y morales que forman parte de su existencia. El desarrollo acelerado de la ciencia permitirá un gran aumento de la productividad de trabajo, pero el costo económico de una existencia decorosa, sana y útil es demasiado alto si no se logra que sean hoy nuestros viejos y mañana nosotros una necesidad social y no una carga, esto provocaría, además, un cambio en el enfoque de la vejez y la necesidad de vivir cada día más y en mejores condiciones sería una meta social e individual.<sup>1-4</sup>

La evaluación del anciano se ha convertido en uno de los retos más importantes de la medicina contemporánea por:

- Lo complejo de definir la salud en el anciano
- La interrelación indisoluble de los factores biológicos, psicológicos y socioeconómicos en la producción de proceso patológico
- La expresión disímil y usualmente distorsionada de las presentaciones clásicas de las enfermedades
- La dificultad en separar el resultado del declinar fisiológico de las funciones secundarias al envejecimiento y la enfermedad

En los últimos años la cirugía en el paciente geriátrico se ha convertido en un procedimiento habitual y el número de personas de más de 60 años que ingresa en

los servicios quirúrgicos se incrementa de forma notable. Si en 1970 el 8% de la población estaba en edad geriátrica, en el año 2000 ya eran 590 millones y, para el 2025, deben llegar a los 1100 millones de personas, que representan el 224% de aumento respecto a 1970, elementos para los que no está preparada la sociedad por la velocidad con que se ha impuesto,<sup>1,2</sup> por los tremendos problemas económicos y las abismales diferencias humanas que genera el capitalismo globalizado.

Cuba tiene, en salud, índices de comportamiento iguales a los de países desarrollados y, por tanto, el número de enfermos ancianos aumenta por año. La esperanza de vida de las personas que vivan en Cuba y cumplan los 75, es de 10-20 años; y los que arriban a 80, de 7.6 para ambos sexos. Los cambios irreversibles que sufre el organismo exigen que nos eduquemos para poder comprender y aceptar los nuevos límites de nuestras posibilidades físicas y dedicar el tiempo necesario a cuidar de una salud que antes era frecuente relegar.<sup>5</sup>

El anciano, cuando enferma, reduce sus necesidades vitales y sus funciones fisiológicas y sociales -estas dos últimas también las modifica- y, al dirigirse al médico, busca no sólo tratamiento, sino también consuelo. La evaluación del paciente en sus períodos iniciales es muy importante y, con un abordaje apropiado, se puede mejorar la situación de forma adecuada; el retardo o las indecisiones en la conducta conducen a muchas complicaciones, las que en ocasiones provocan la muerte del paciente. El anciano necesita que le quiten el miedo y le den más ánimo para enfrentar la posibilidad cierta de estar ante el evento final, si en cada momento no se entiende esto y se expresa en la conducta ante ellos, entonces se refuerzan sus dudas y temores. El deterioro del organismo en la vejez determina la pérdida de la capacidad de valerse por sí mismo y hasta de comprender lo que le sucede; la incompreensión de la sociedad y el medio hostil que, en muchas ocasiones, la familia le ofrece castigan día a día a un ser que no sólo carece de estímulos para seguir viviendo, sino que muchas veces acelera su muerte ya sea por una anorexia intensa o progresiva, o por la vía rápida del suicidio.<sup>5</sup>

La senectud es considerada improductiva, como un peso muerto que lastra la sociedad y, por tanto, es marginada. Cuando se tiene salud y el mundo sonrío, la muerte parece muy remota, se tiene una sensación de inmortalidad, la muerte es para otros, no para nosotros. Solo, y no de forma generalizada, se entiende la existencia de nuestros abuelos y no se incluye al resto de los miembros de ese grupo etéreo; estos años no favorecen el aumento de la experiencia y el conocimiento, en definitiva son años en espera de la muerte.

Por conocimientos transmitidos durante siglos y por pura observación el hombre llega a la conclusión de que la vida habitualmente oscila entre 60 y 80 años, el envejecimiento es un problema irreversible e inevitable; envejecen personas, plantas, montañas, casas, culturas y hasta las ideas. Para cada organismo viviente existe un máximo de tiempo que se modifica muy poco a pesar de las conclusiones de naturalistas como Bogomil que plantea que se puede vivir entre 150-200 años.<sup>1,2,5</sup>

Muchos ancianos ocultan, desconocen o no entienden sus problemas de salud, lo que provoca que se subestime o sobre estime su capacidad funcional y se confunda la enfermedad con el proceso de envejecimiento. Entonces comprendemos que las intervenciones quirúrgicas en el anciano confrontan un alto riesgo y que es en las urgencias donde se presentan la mayor morbilidad y mortalidad y muchos son los

que, en aras de "salvar una vida", se atreven a intervenir al paciente añoso sin los recursos necesarios y ponen en peligro lo que dicen querer proteger y, lo que es peor, no se dan cuenta de los riesgos a los que expone al anciano.

Las operaciones, como método terapéutico, han demostrado su valía, pero en manos de cirujanos expertos, en la circunstancia oportuna y con los cuidados pre y post operatorios suficientes que intenten, por sobre todo, preservar la vida, y no solamente con los conocimientos que la experiencia les da y la manualidad adquirida, sino también con conocimientos profundos en Geriatria, pues la hospitalización de los ancianos y los procedimientos terapéuticos agresivos aplicados a ellos constituyen motivo de polémica, ellos no están, por lo general, habituados a otro entorno, le temen a la hospitalización porque saben que fue la última morada de familiares y amigos, saben o han oído que se desorientan en tiempo y espacio, les causa angustia ser separados de sus seres queridos y todos estos aspectos convierten la atención geriátrica en algo muy especial.<sup>5</sup> En realidad el diagnóstico debe ser fácil, pero los pródromos, los síntomas y signos, la respuesta del organismo envejecido, las concepciones y los valores diferentes respecto a la calidad y la duración de sus vidas y el retraso con que acuden a consultas son factores que suelen contribuir al diagnóstico erróneo y tardío.<sup>6</sup> El anciano está en peligro, no por las taras que muestra sino por las que oculta, y está claro que la cirugía es grave en el viejo y prácticamente encierra toda la mortalidad, pero existen trabajos que plantean que un anciano de 70 años posee 75% de probabilidad de seguir vivo cinco años después de una cirugía mayor y 47% 10 años después, de los 80 años en adelante los promedios son 47 y 14% respectivamente; estas estadísticas reflejan que no tenemos el derecho sagrado de limitar en el tiempo la existencia humana.<sup>7</sup>

Filosóficamente opinando, (antropológica y éticamente) la vida no tiene precio, lo que no da cabida a planteamientos económicos que tienden a limitar la calidad de una vida y debe desencadenar la puesta en marcha de todos los medios necesarios para conseguirlo, cueste lo que cueste; por el contrario, observamos de forma rutinaria el cuestionamiento a usar o poner en práctica algo producto que la edad no lo amerita. Cuando se crearon las Unidades de Cuidados Intensivos en la década del 70 se limitó la edad de ingreso a 65 años *-¿asistió alguien mayor a esta reunión?-*, lo desatinado y poco ético de la decisión lo confirmó que el primer paciente que ingresó en una de estas salas tenía 85 años, pero la medida, que pone en tela de juicio nuestros valores y conceptos respecto a la vida, aun influye.

La lucha por prolongar la vida sin establecer un conjunto de normas conlleva a un sinnúmero de violaciones éticas que son también seriamente cuestionables, respetar la autonomía del paciente significa dejarlo participar en el control de los riesgos y darle seguridad de que aun cuando no puedan ser controlados totalmente existirán alternativas para la solución de su problema de salud; se debe utilizar la «persuasión informada», que se interpreta como persuadir o convencer de la necesidad de cumplir las recomendaciones mediante el ofrecimiento de información no solo a sus familiares sino al longevo. La voz familiar y las caricias conocidas son sustituidas por equipos y procedimientos que son, si lo vemos desde el punto de vista psicosocial, muy deshumanizantes. La muerte constituye otro gran problema filosófico de estos tiempos, la elección del lugar de la muerte por el enfermo viola, en casi el 100% de los casos, la voluntad del paciente y su familia; un grupo de profesionales asume esa potestad y es que surge la duda ¿será ético esto cuando

se sabe que la muerte es inevitable? y, entonces, surge el concepto de calidad de muerte. Para la mayoría de las personas es tan difícil morir en la vejez como en la juventud; los ancianos tienen la misma necesidad de revisar sus vidas como cualquiera de nosotros.<sup>7</sup> En la actualidad existen programas de salud para la tercera edad, se demuestra un fortalecimiento de la autoestima de las personas de edad avanzada y el paciente puede hacer mucho por su salud si es adecuadamente orientado acerca de cómo controlar factores de riesgos identificados;<sup>8</sup> la unión de las ciencias biomédicas, socio médicas y clínicas en la elaboración de un conocimiento científico cada vez mayor sobre el proceso de envejecimiento permitirá, progresivamente, romper el paradigma que presupone la ancianidad como el salón de espera de la muerte y permitirá al hombre como ser humano vivir con calidad toda su existencia pues los hombres necesitan imaginar, construir su futuro y esperar los mejores resultados, de lo contrario no existiría lógica para seguir viviendo.<sup>9</sup>

La atención a las personas de edad debe ir mucho más lejos que el simple enfoque patológico, debe abarcar la totalidad de su bienestar. El deber del médico es propiciar el máximo bienestar para su paciente; es decir, defender sus mejores intereses, que son la vida, la salud y la felicidad. En Cuba esto es posible por la oportunidad que brinda el sistema de salud a los ciudadanos y el humanismo socialista que caracteriza a los profesionales.<sup>10</sup> Se debe garantizar que la tercera edad sea la cumbre de la existencia social y espiritual, a donde se llegue cargados de esperanzas y no de miedo.

Muchas gracias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto O. Envejecimiento sano. Longevidad satisfactoria: una necesidad de la humanidad. 6<sup>ta</sup> ed. España: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
2. Kane L, Abrass IB. Geriátrica clínica. 3<sup>ra</sup> ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
3. Guanche Garcell H. Un análisis ético por la calidad de la atención médica quirúrgica. Rev Cubana Cir [Internet]. 2007 [citado el 13 de abril de 2010];46(3):[ aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932007000300012&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932007000300012&script=sci_arttext)
4. Rodríguez Duque R, Jiménez López G, Fernández Manchón E. Caracterización de las reacciones adversas medicamentosas en ancianos. Rev Cubana Farm [Internet]. 2007 [citado el 1 de abril de 2009];41(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/publicacioneselectronicasarticuloscientificos.htm>
5. Miller R, editor. Anestesia. 6<sup>ta</sup> ed. España: Elsevier; 2005.
6. Acosta González D, Acosta González Z, Fong Estrada A, Pagés Gómez O. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta. MEDISAN [Internet]. 2009 [citado el 3 de agosto de 2010];13(2):[aprox. 18 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_2\\_09/san01209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san01209.htm)
7. Ramírez Sosa R, Concepción Cruz M. Comportamiento de la mortalidad en los ancianos operados. Hospital Universitario Camilo Cienfuegos. Año 2006. Gac Méd Espirit [Internet]. 2008 [citado el 17 de julio de 2010];10(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(1\)\\_04/p4.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(1)_04/p4.html)

8. Padrón Chacón R, Muñiz Manzano E, Soto Fernández A, Soto Fernández O. Algunas variables del tratamiento quirúrgico maxilofacial y bioética en el adulto mayor. Rev Cubana Cir [Internet]. 2008 [citado el 1 de octubre de 2010]; 47(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932008000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
9. Quintana Proenza A, Sánchez Rojas T, Quintana Marrero JJ, Reyes Balseiro ES, De la Guardia Gispert E, Guardia Milla E. El adulto mayor en cirugía general. Rev Cubana Cir. 2001; 40(4): 305-311.
10. Martínez-Ramos C. La cirugía mayor ambulatoria y los retos actuales del Sistema Sanitario. Cir Mayor Ambul. 2008; 13(4): 135-139.

## **DE LOS AUTORES**

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz".
2. Especialista de I Grado en Anestesia y Reanimación. Master en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz".
3. Médico General. Residente de 2do Año en Medicina General Integral.