

# EL CUIDADO DEL ANCIANO CRÓNICAMENTE ENFERMO\*

---

MARJORY W. WARREN, M.R.C.S.<sup>(1)</sup>

---

Warren MW.  
El cuidado del anciano  
crónicamente enfermo.  
Salud Publica Mex 1996;38:525-532.

## RESUMEN

*Debe propiciarse un cambio en la actitud por parte de la profesión médica respecto al cuidado de los ancianos crónicamente enfermos. Cuando éste se haya establecido, el cambio se reflejará tanto en las enfermeras como en el resto del personal paramédico. Se requieren estándares más elevados y mucho más trabajo para mejorar el cuidado del crónicamente enfermo. La creación de la especialidad de geriatría estimularía el desarrollo de un trabajo de mejor nivel y promovería la investigación. Los ancianos crónicamente enfermos deben ser diagnosticados y tratados en áreas especiales de los hospitales generales, adaptadas especialmente y equipadas para tal propósito. Los ancianos crónicamente enfermos no deben de ser admitidos en un asilo, sino hasta después de haber pasado a través de una unidad hospitalaria de geriatría. Todas las casas hogar para ancianos crónicamente enfermos deben estar estrechamente vinculadas a las unidades hospitalarias para asegurar una colaboración que permita un trabajo de seguimiento estrecho.*

Warren MW.  
The care of the aged  
and the risk chronic sick  
Salud Publica Mex 1996;38:525-532.

## ABSTRACT

*There should be a change of attitude on the part of the medical profession towards the care of the chronic sick. When this is established, the change will be reflected in nursing and other hospital staff. A higher standard and a great deal more work is needed in the care of the chronic sick. The creation of a specialty for geriatrics would stimulate better work and initiate research. The chronic sick should be diagnosed and treated in special blocks of a general hospital set up and equipped for the purpose. Chronic aged sick should be admitted to homes only through hospital units. All homes for chronic sick should be attached to hospital units to ensure close follow-up work.*

Solicitud de sobretiros: Dr. Luis Miguel Guitérrez Robledo. Departamento de Geriatría, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga 15, colonia Sección XVI, Tlalpan, 14000 México, D.F.

---

\*Artículo publicado originalmente en Lancet 1946;i:841-843.

(1) Deputy Medical Director, West Middlesex County Hospital, Isleworth

**E**S SORPRENDENTE QUE la profesión médica haya tardado tanto en hacer conciencia de su responsabilidad frente a los ancianos y otros pacientes crónicamente enfermos, y que el país en su conjunto se haya contentado con hacer tan poco por estos miembros de su comunidad.

Hoy en día, en razón del envejecimiento de la población, de la carencia general de enfermeras y de ayuda doméstica tanto en los hospitales como en los domicilios particulares, y del hecho de que más y más mujeres son empleadas en la industria, el problema ha alcanzado enormes dimensiones, que se siguen incrementando. Este problema no se limita a nuestro país, los Estados Unidos de América (EUA) y otros países hacen frente a situaciones similares. Para todos los que han estudiado el tema es obvio que el cuidado y el tratamiento especializado de estos individuos es de gran importancia económica y exige una atención inmediata.

Aunque no hay una clara y precisa definición del término crónicamente enfermo, en la mente de la mayor parte de la gente éste se refiere a pacientes que en general tienen más de 60 o 65 años, y quienes, en parte a causa de su edad o de la naturaleza de sus males requieren de un tratamiento continuo a largo plazo antes de alcanzar a restaurar, al menos parcialmente, su salud, si es que tal recuperación ocurre. Aplicado ampliamente, sin embargo, el término incluye a todos los grupos de edad, niños con distrofias congénitas, con corazones reumáticos, con lesiones ortopédicas o con retraso mental; adultos jóvenes con tuberculosis, epilepsia incapacitante y enfermedades neuromusculares progresivas; ancianos y mujeres invalidados por la artritis y encamados con padecimientos neoplásicos incurables, y aquellos con arteriosclerosis, lesiones cerebrovasculares, y condiciones seniles de todo tipo, incluyendo todas las afecciones degenerativas desde la simple senescencia no complicada hasta las etapas terminales de la demencia senil.

En este documento nos referimos al grupo de edad mayor de 60 años. No hay duda alguna respecto a que en el pasado estos enfermos han recibido cuidados inadecuados y con frecuencia reciben aún hoy en día muy limitada atención y poco si es que algún tratamiento, además en una atmósfera que carece por completo de simpatía con respecto a su edad y condición. Anteriormente algunas excusas para tal situación incluían la hasta ahora mayor proporción de los agudamente enfermos y el pequeño número de ancianos que buscaban ser admitidos en el hospital, esto en parte a causa de que la asistencia domiciliaria viene siendo disponible sobre todo para los individuos de menor edad; sin embargo, esta posición se ha visto alterada en la actualidad y hoy en día la profesión y el país en su conjunto, han de hacer frente a una población con un mayor número de ancianos y una menor cantidad de personas jóvenes disponibles para auxiliarlos o brindarles cuidados.

Si hemos de mantener el derecho de llamarnos a nosotros mismos una gran nación y una civilización culta debemos incluir en ella a todos los miembros de la comunidad, viejos y jóvenes, enfermos y sanos, pobres y ricos, desamparados e independientes. Conforme avanzamos en edad, el cuerpo humano, aun si es sano, no puede mantener la misma velocidad ni tolerar el mismo estrés que en años de juventud, en particular si ha sufrido de alguna incapacidad por causa de enfermedad o accidente, circunstancia en la cual puede requerir de una ayuda adicional.

En el cuadro I se presentan las cifras de hombres y mujeres mayores de 60 años en la Gran Bretaña y las correspondientes a los mayores de 65 en los EUA en diferentes años.

Es posible observar cómo en este país entre 1901 y 1944 las cifras de ancianos se multiplicaron por 2.5, pasando de dos y medio a seis y medio millones; alza que será similar a la observada en los EUA entre 1940 y 1980. El cuadro II muestra el incremento en la expectativa de vida.

Hay muchas más mujeres que hombres en todos los hospitales y en las instituciones que reciben a los enfermos, a menos que exista en ellas una selección específica. Esto se debe a la mayor edad promedio de las mujeres y al hecho de que los hombres con mayor frecuencia pueden ser atendidos en casa por las mujeres que les rodean. Entre las razones para el incremento en el número de ancianos se encuentran: el progreso en la medicina preventiva, la mayor industrialización y la consecuente mejoría en el bienestar de todas las clases sociales; la caída de las tasas de natalidad y la carencia de ayuda de toda índole que suele observarse en una situación de posguerra.

<b>CUADRO I</b>			
<b>Número de mayores de 60 años. Gran Bretaña. Número de mayores de 65 años, Estados Unidos de América</b>			
Año	Hombres	Mujeres	Total
1901	1 071 519	1 336 907	2 408 426
1939	2 511 200	3 197 400	5 708 600
1944	2 737 000	3 590 000	6 327 000
Número de mayores de 65 años EUA			
Año	Número	Año	Número
1940	9 000 00	1980	22 000 000

<b>CUADRO II</b>					
<b>Expectativa de vida en Gran Bretaña y en Estados Unidos de América</b>					
Año	Gran Bretaña		Año	Estados Unidos de América	
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
1891-1900	44.1	47.8	1900-1902	48.23	51.08
1901-1910	48.5	52.4	1940	62.94	67.31
1942	61.7	67.4			

La profesión médica, habiendo conseguido prolongar la vida de hombres y mujeres, no debe fallar en su responsabilidad hacia los ancianos cuando enferman o se tornan inválidos. Siempre que sea posible, deben de ser retenidos en, o bien retornados a sus propios domicilios, a condición de que haya suficientes cuidados para su confort y bienestar y de que las condiciones de su hogar sean apropiadas. Pero muchos ancianos y muchos crónicamente enfermos habrán de permanecer en un hospital o en un asilo, y tales casos deben ser cuidadosamente evaluados de manera que puedan ser mejor diagnosticados, tratados, y finalmente albergados. El diagnóstico debe ser establecido e iniciarse el tratamiento en áreas específicamente construidas y equipadas dentro de los hospitales generales. Sólo después de que todos los tratamientos posibles hayan sido agotados y de que el entorno social haya sido cuidadosamente evaluado, el paciente podría ser admitido en un asilo.

Tales establecimientos debieran siempre estar estrechamente ligados con un hospital general, y habrían de ser cuidadosamente elegidos tomando en cuenta las necesidades de cada paciente, prestando una cuidadosa atención no sólo a las condiciones físicas sino también a la capacidad mental del enfermo. A este respecto, debe tomarse en cuenta que en el futuro una mayor proporción de estos enfermos habrán sido profesionistas.

#### EL CASO NO TRATADO

Una breve descripción de los casos no tratados cabe en estas consideraciones, puesto que sólo aquellos que han tenido a su cargo a tales enfermos pueden conocer algo de su miseria y degradación.

Habiendo perdido toda esperanza de recuperación, y sabiendo que la independencia es irreparable, adicionalmente al sentimiento de desamparo y frustración, el paciente rápidamente pierde la moral y el respeto de sí mismo y se torna apático, retraído, irritable, moroso y de temperamento agresivo; situación que le conduce a la pereza y a la autonegligencia con o sin incontinencia. La pérdida del interés en su entorno, el confinamiento en la cama y la tendencia a la incontinencia pronto conducen a la aparición de escaras, determinando la necesidad de una mayor atención de enfermería que, por sus características, es difícilmente apreciada por el enfermo. El aumento de peso, especialmente en la pared abdominal anterior, y la inevitable pérdida de tono muscular conducen a un estado de total invalidez. Pronto la conocida atrofia por desuso de las extremidades inferiores, con deformidades posturales, rigidez de las articulaciones, y contracturas, completa la triste imagen de formas humanas que no sólo son difíciles de atender desde el punto de vista de enfermería, sino que se convierten en una carga para la sociedad y en una fuente de continuo sufrimiento para ellos mismos y su entorno. Desgraciadamente, aun en este miserable estado de apatía, desamparo y desesperanza, la vida se prolonga frecuentemente por años, mientras quienes viven a su alrededor murmuran argumentos en favor de la eutanasia.

#### LA GERIATRÍA COMO ESPECIALIDAD

Existen muchas razones para recomendar el reconocimiento de la geriatría como una especialidad, comparable a la pediatría. La creación de tal subespecialidad estimularía a quienes tienen una

inclinación a este tipo de cuidados y mejoraría los estándares del trabajo efectuado. Esta rama de la medicina comprende una variedad de temas que revisten gran importancia para la enseñanza de los estudiantes de medicina y debe de formar parte de su curriculum; el cuidado de los pacientes crónicamente enfermos también debe ser parte esencial del entrenamiento del estudiante de medicina y de las enfermeras. La investigación acerca de las enfermedades que acompañan a la edad avanzada debe ser favorecida y emprendida.

Para el cuidado rehabilitatorio apropiado de estos enfermos son necesarios el total de los recursos y la atmósfera estimulante del hospital general tanto para el establecimiento de un diagnóstico correcto como para el tratamiento en su conjunto. En el pasado el paciente crónico había sido rechazado de casi cualquier parte: muchos hospitales no aceptaban a tales casos, y otros, los recibían pero prestándoles muy poca atención. No basta con que los estudiantes de medicina vean a los enfermos crónicos; deberían verlos recibir tratamiento y observar a sus maestros en el manejo de estos casos de principio a fin.

Sin tal tutoría, no hay esperanza de que generaciones futuras sean en cualquier medida más capaces de cuidar de estos enfermos de lo que lo es un médico promedio en la actualidad. Aun cuando tales casos requieren tratamiento pueden ser fácilmente transferidos a una institución, ya que no existen verdaderos incentivos para que el médico los trate con energía. La carencia de recursos en instituciones como los asilos hace imposible el tratamiento enérgico y oportuno; es así como una cama más es bloqueada por un enfermo que hubiera podido ser tratado.

La situación del estudiante de medicina y de la enfermera respecto al entrenamiento es equiparable, dado que las habilidades requeridas en la atención de enfermería de tales casos, únicamente pueden ser aprendidas bajo supervisión al lado del enfermo. Es sólo a partir de las enfermeras entrenadas de esta manera que podrán surgir aquellas requeridas para hacerse cargo de estos enfermos, que además podrán formar a la siguiente generación de enfermeras.

Podríamos dar innumerables ejemplos de los resultados deplorables por la falta de iniciativa en los servicios de crónicos con el consiguiente bloqueo de camas y el deterioro inexorable de los enfermos. Aquellos que han interrogado a enfermos que durante la guerra fueron evacuados de los hospitales donde se encontraban recibiendo tratamiento y auxilio, hacia instituciones para los crónicamente enfermos, sin duda han escuchado historias patéticas que fácilmente podrían confirmar nuestros médicos.

Si bien es impensable que una institución para enfermos crónicos sea tan bien equipada como un hospital general, con departamento de radiología, con laboratorio de patología, con unidades de investigación y servicio de interconsulta de especialistas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, no parecería haber ninguna razón contra la inclusión de tal unidad especial de geriatría como parte del hospital general; de la misma manera que existe una sección de pediatría, un área para tuberculosis pulmonar y servicios de ortopedia, oftalmología o psiquiatría.

Más aún, los enfermos crónicos ancianos que necesitan actualmente de una estancia prolongada en el hospital de crónicos, podrían ser tratados en el hospital que brinda atención en su propio distrito y no, como con frecuencia ha sido propuesto, en distritos más tranquilos o más remotos. Las posibilidades de entretenimiento que ofrece el campo no son apreciadas por los que han pasado toda su vida en las ciudades y además es importante que pueda haber un fácil acceso para las visitas,

particularmente para las de sus contemporáneos que suelen ser las más apreciadas. Debería de ser posible visitarles de manera más frecuente y fácil, así como a un bajo costo. Con frecuencia esto es imposible a partir de que uno se aleja del centro de Londres y de otras grandes ciudades, las jornadas se tornan intrincadas y tediosas aún para los ancianos más sanos y extremadamente difíciles para los inválidos.

#### CLASIFICACIÓN DE LOS ANCIANOS CRÓNICAMENTE ENFERMOS

Los ancianos crónicamente enfermos pueden ser divididos en: aquellos que pueden permanecer en casa o eventualmente retornar a la misma y aquellos que ya no pueden hacerlo. Estos grupos pueden a su vez ser subdivididos de la siguiente manera:

1. Aquellos que se encuentran en buenas condiciones, y que pueden permanecer en su domicilio en completa libertad.
2. Aquellos que son sedentarios o parcialmente ambulatorios y que se encontrarían mejor en un hogar adecuadamente adaptado, por ejemplo, provisto con ascensores, o bien en pequeños bungalós.
3. Aquellos que preferentemente han de permanecer en un hospital más que en su domicilio por requerir de: a) una gran ayuda pero de pocos cuidados médicos y de enfermería especializada, por ejemplo, pacientes demasiado frágiles o incapacitados para permanecer solos en un domicilio protegido; b) mucha atención de enfermería y algunos cuidados médicos como es el caso de enfermos con padecimientos neoplásicos avanzados, insuficiencia cardiaca, etcétera; c) intensos cuidados médicos y de enfermería: pacientes enfermos de todo tipo, con incontinencia, o bien que requieren de alguna sujeción en camas especiales o de eventual segregación del conjunto de los pacientes, dada su inquietud (por ejemplo en las trombosis cerebrales tempranas), o bien por padecer de demencia senil.

Los subtipos 1 y 2 viviendo en una casa para ancianos enfermos crónicos requerirían de un médico que pudiera atender a su llamada y de una enfermera que permaneciera a cargo directamente junto con auxiliares de enfermería. De aquellos que viven en un hospital, la clase a) requeriría del auxilio de enfermeras bajo las órdenes de un grupo especialmente entrenado; la clase b) necesitaría además de enfermeras asistentes y estudiantes de enfermería también bajo la supervisión de un grupo especializado; y la clase c) de un grupo de enfermería formal plenamente entrenado. Para todos aquellos de la clase 3 se requiere además de la visita diaria de un residente y de la presencia regular de la visita del equipo médico en su conjunto.

#### REHABILITACIÓN

Para prevenir la secuencia de eventos arriba descrita en relación con los casos no tratados, debemos decir que mucho puede hacerse, aun cuando la completa rehabilitación sea imposible. El tratamiento de estos casos de enfermos en estancia prolongada debe llevarse a cabo por un equipo cuyo tema central sea el optimismo y la esperanza; este equipo debe incluir a un grupo médico y de

enfermería. Además, siempre que esto sea posible, debe incluir también a estudiantes de medicina y enfermería, junto con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores médico-sociales. El auxilio de los trabajadores médico-sociales es invaluable, pues proveen de información sobre el entorno social de los casos y auxilian para lograr el retorno del paciente al seno de su hogar y de sus amistades, además de que prestan la debida atención a los innumerables problemas que surgen a lo largo de una estancia prolongada en el hospital.

Cuando los pacientes en estancia prolongada se encuentran paralizados en cama, no deberían permanecer en la misma cama ni en el mismo servicio por un tiempo indefinido; un cambio de área dentro del mismo servicio o de un servicio a otro, de tiempo en tiempo, también es beneficioso puesto que les brinda el interés de contar con un nuevo entorno y nuevas personas para hacerse cargo de ellos. Tan pronto como sea posible, el paciente debe ser animado a participar sana y creativamente en su tratamiento buscando la recuperación, e incluso ha de ser invitado a participar en el auxilio de otros enfermos menos afortunados que él mismo. Es sabio el mantener al anciano fuera de la cama tan pronto como su condición física lo permita y es de un gran valor para su estado de ánimo el permitirle vestirse con sus propias ropas tan pronto como esto sea posible.

Los radio receptores inalámbricos (sin grandes bocinas) y todas las formas de entretenimiento y terapia ocupacional, juegan una parte significativa en la recuperación y rehabilitación del enfermo.

A grandes rasgos, el abordaje de estos enfermos debe conducirnos a demostrar que tales pacientes requieren de un tratamiento más prolongado, durante el cual, si bien el progreso se mide en meses más que en semanas, mucho puede hacerse para su mejoría, tanto física como psicológica. Una amable disciplina y una inteligente comprensión, además de un interés genuino en los pacientes como individuos, contribuirá mucho a crear un entorno receptivo, sin el cual gran parte del tratamiento médico y de enfermería sería inútil.

Algunas veces puede ser necesario reeducar a un enfermo para mantener un menor ritmo de vida, recordándole que no puede esperar ser capaz de hacer a los 75 u 80 años, lo mismo que hacía 20 o 30 años antes.

#### EL EQUIPAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE GERIATRÍA

Debe prestarse especial atención al equipamiento requerido en tales servicios y, además de lo esencial, debe proveérseles de elementos necesarios para brindar un mayor confort a los enfermos de edad avanzada.

Los servicios destinados al tratamiento de estos enfermos deben ser adecuadamente planeados y contar con suficiente espacio independiente para acoger a los enfermos que requieren de aislamiento, para aquellos en trance de morir, así como para otros propósitos. Los pisos no han de ser excesivamente pulidos, y las escaleras deben ser evitadas. La buena iluminación es esencial, tanto desde el punto de vista del confort como de la seguridad. Además debe haber asideros y pasamanos como ayuda para la deambulacion tanto en el interior del servicio como en sus anexos, y una gran cantidad de sillones de diferentes tipos, apropiados para las diferentes condiciones médicas, por ejemplo: sillas altas con asientos también elevados para aquellos que padecen de artritis, sillas más bajas para los casos cardiacos, y sillas más firmes para los hemipléjicos en recuperación, junto

con una amplia variedad de cojines para su confort y relajación. Los bastones empleados en estos servicios deberán contar siempre con regatones de hule. Es deseable la presencia de un número suplementario de miembros del personal de salud en las áreas donde los enfermos comienzan a levantarse y están siendo activamente rehabilitados. Una cantidad extra de ropa de cama debe estar a la disposición de los enfermos incontinentes. Los alimentos especialmente preparados para los enfermos sin dientes promueven su interés en la alimentación y previenen el desgaste. La carne ha de ser finamente picada y los vegetales, en particular las verduras, preparadas en puré.

#### PLANES PARA EL FUTURO

Si pudiéramos planear para el futuro basados en estas recomendaciones, el trabajo se haría interesante para el personal médico, satisfactorio para el personal de enfermería y muy benéfico para los pacientes. La inclusión de unidades geriátricas en un hospital general, con todas las facilidades modernas, y el personal necesario para la investigación, la consulta especializada y el tratamiento, elevaría los estándares del trabajo efectuado, acortaría los tiempos de estancia hospitalaria y evitaría el bloqueo innecesario de las camas por parte de enfermos, que en tal caso, podrían ser suficientemente tratados como para retornar a sus domicilios.

Para aquellos que piensan que tal labor inevitablemente carece de interés, les sugerimos que hagan la prueba, bajo condiciones tan favorables como sea posible y por no menos de un año. Si bien la tarea, cuando se efectúa concienzudamente, es a la vez absorbente y fatigante, resulta además sumamente interesante y fuente de grandes satisfacciones. Algunas de las mejores enfermeras que previamente no habían tenido la oportunidad de entrar en contacto con tal trabajo se tornan a tal punto interesadas en él, que muchas, encontrando que despierta en ellas una gran motivación, se convierten en fieles y eficientes miembros del equipo terapéutico, fuente de inspiración para los estudiantes y los recién llegados. Sin embargo, muchas enfermeras tienden a seguir la conducta que prevalece en el personal médico hacia este trabajo; por ello es importante que el médico a cargo del servicio se muestre entusiasta y lleno de recursos en busca de inspirar al equipo.

Necesitamos con urgencia un cambio de actitud hacia el cuidado y tratamiento del anciano crónicamente enfermo. Todos los miembros del equipo de salud médico y de enfermería deben sumarse a la profunda reflexión en torno a este problema.