

la cirugía arma contra la vejez

La abuela iba apagándose poco a poco... Como tenía ya ochenta y ocho años, todo el mundo lo encontraba normal. Ella también. Sin embargo, el médico que la examinó dijo que era preciso operar. Poco después de la operación, volvía a ser una mujer despierta, activa, con la alegría de vivir.

—¿Y si hubiera que volver a hacerlo?

—Lo haría con toda seguridad. Para eso, sí. Cualquier cosa antes que vivir enferma. Además, no creo que ponerse encima de una mesa de operaciones sea tan horroroso como se dice. A mi edad, cuando se han tenido seis niños y vivido dos guerras...

La anciana, que me habla con una voz clara y segura, parece salida de un libro ilustrado. Tiene cabellos de nieve coquetamente peinados, el rostro arrugado como una manzana reineta, la mirada



la cirugía arma contra la vejez

viva —en ocasiones maliciosa— y el gesto seguro. Acaba de celebrar sus noventa y un años. Antoinette B., viuda desde hace veintiséis años, vive en un apartamento de dos habitaciones y cocina en la "banlieu" norte de París.

—Lo que ocurre, ¿sabe usted?, es que yo lo he pasado muy mal —me dice—. Había llegado ya hasta el extremo de no querer vivir más.

¿La causa de esta desesperación? Difícil de explicar a esta mujer de aspecto irreprochable, cuyo apartamento muestra una meticulosa limpieza. Sus desgracias comenzaron a los ochenta y cuatro años por una intermitente incontinencia que se manifestaba cuando se encontraba de pie. Dos años más tarde, esta enfermedad era permanente. Desde entonces, y ante su desesperación, no tuvo más remedio que quedarse en la cama. Y al mismo tiempo, se dio cuenta que no podía quedarse sola en casa.

—Una de mis nietas vive muy bien —dice—. Me proporcionó una habitación en su chalet. Todo el mundo se mostraba cariñoso, pero para mí, que había sido independiente, era algo muy molesto verme convertida en una carga, en una boca inútil. Yo pensaba en esto durante días enteros. Después, un día, empecé a sufrir físicamente, mientras que, hasta entonces, el mal era principalmente moral. Los niños sentían mucha pena al verme en aquel estado. Pero yo sabía muy bien que entre ellos se decían: «Queremos mucho a la abuela, pero ochenta y ocho años son muchos años. Habrá que hacerse a la idea de perderla pronto. ¡Es la vida!». Y yo pensaba que no andaban descaminados.

Nadie hasta entonces había pensado en consultar a un médico. He preguntado la razón a la hija de Antoinette B... Parece violenta, pero acaba por liberarse:

—Mamá era muy vieja. No abandonaba su cama desde hacía dos años. Creímos que su edad explicaba su estado, que perdía sus fuerzas y que se apagaría poco a poco...

Pero los sufrimientos de la anciana se hicieron cada vez más intensos. Ahora, la abuela gemía durante todo el día y, frecuentemente, durante la noche. Se llamó al médico de cabecera.

—Doctor, ¿puede usted hacer algo para que no sufra?

El médico no se limitó a prescribirle un calmante. Auscultó a la enferma, la examinó minucio-

samente. Cuando terminó, dijo que volvería por la noche. En efecto, volvió acompañado por el doctor J. B., un amigo cirujano. Los dos se encerraron con la paciente durante tres cuartos de hora. Toda la familia comenzaba a interrogarse sobre la inusitada amplitud de esta consulta, cuando salieron los dos hombres de la habitación.

—Pues bien —dijo el doctor J. B.—, les propongo llevar inmediatamente a la abuela al hospital. Si todo va bien, la operaré pasado mañana. Han esperado ustedes demasiado.

Todo el mundo se quedó de piedra por la sorpresa.

—Vamos a ver, doctor —dijo el primogénito—. ¿Operar a mamá? ¿A su edad? ¿No sería hacerle correr un riesgo inútil? ¿No sería mejor dejarla morir en paz?

—¡Pero su madre no está cerca de la muerte! —exclamó el médico—. Si esperamos, ella sufrirá cada vez más. La operación constituye un riesgo, es cierto, pero también puede curarse. Es de sólida constitución y perfectamente lúcida. En todo caso, ella consiente la operación. Es decir, ella insiste en que la operemos.

No demasiado convencidos, sus familiares vieron cómo salía hacia el hospital. Quince días después, operada, Antoinette B... estaba de vuelta entre los suyos. Lentamente fue recobrando sus fuerzas. Un día se levantó, como si quisiera huir de esa cama en la que ella había estado atada durante tanto tiempo. Dos meses todavía y ella pidió volver a su casa. Esto ocurría hace tres años.

—Estoy un poco menos terne que antes —me dice—. Pero yo hago mis recados, me preparo yo misma la comida... Mis hijos y mis nietos —al menos los que viven cerca de mi casa— pasan todos los días a ver si tengo necesidad de cualquier cosa. Por la tarde escucho la radio y voy de visita a casa de mis hijos. No me aburro. Y, además, estoy en mi casa.

¿Fatalismo? ¿Pereza intelectual?

Cirujano en el hospital de Bicêtre, Philippe Monod-Broca es especialista en problemas quirúrgicos de los ancianos. De rostro cerrado, pero de mirada calurosa tras sus gafas, sonríe brevemente cuando evoca ante él el caso de la señora Antoinette B...

—Sí —dice—, ante una persona de edad el médico ya no tiene

derecho a quedarse indiferente. No tengo miedo a decirlo: ocurre que, por falta de sagacidad, por fatalismo o por pereza intelectual, algunos de nosotros, en vez de intervenir, precipitamos la decadencia de un ser humano al que se podría haber ayudado a vivir en mejores condiciones.

¿Pereza intelectual? La expresión parece bastante dura.

—No se puede justificar —reconoce el cirujano que operó a Antoinette—. Ocurre con frecuencia que, al dar demasiado crédito a las opiniones de la familia, un doctor en Medicina general achaca graves trastornos a la senilidad. Sin embargo, ése no es siempre el caso. La incontinencia de mi paciente no era resultado de un debilitamiento de sus reflejos cerebrales. Tenía por origen lo que nosotros llamamos un «prolapsus rectal», un relajamiento de los músculos que rodean el recto. Un simple accidente «mecánico». Pero sólo el interrogatorio del enfermo y un examen completo pueden detectarlo. Respecto a su debilitamiento, resultaba del hecho de sus dos años acostada.

No es una novedad la cirugía del anciano. Desde antes de la Revolución francesa, hace dos siglos, algunos cirujanos particularmente audaces trataban de intervenir a los octogenarios. Pero estas "experiencias" fueron sólo excepcionales. En la actualidad, los antibióticos, un técnica operatoria más rápida y, sobre todo, los inmensos progresos de la anestesia y de la reanimación, han hecho de estas operaciones cosa corriente. Y con resultado favorable en el setenta y cinco por ciento de los casos. No hay día en que no se opere, en los hospitales o en las clínicas, a enfermos que, en ocasiones, han superado los noventa años. He aquí un progreso, sin duda menos espectacular que el de los trasplantes, pero que afecta a un número considerablemente mayor de personas.

Esto no quiere decir que la cirugía de ancianos sea cosa fácil y que todo sean éxitos.

Lo que cuenta es la edad real

—No es posible operar a todos los ancianos, de cualquier mal y en cualquier momento —dice el doctor Monod-Broca—. Sería demasiado hermoso. Ocurre que entre los enfermos de cierta edad ocurren fenómenos que los médi-

cos son incapaces a veces de prevenir y explicar.

Operé con dos semanas de intervalo de un cálculo biliar a dos personas: de setenta y ocho la una y de ochenta y dos la segunda. Eran dos casos análogos. El paciente de ochenta y dos años se encuentra ahora perfectamente; el otro murió tres días después de la operación de un fallo cardíaco. Sin embargo, si hubiese tenido que apostar sobre las posibilidades de cada uno de ellos, lo habría hecho por el de menos edad. Aunque sólo fuera porque tenía cuatro años menos.

Otro misterio: el planteado por las fracturas del cuello del fémur. Los huesos de los ancianos se suelen soldar con mucha dificultad; los accidentados están condenados a guardar cama durante mucho tiempo. Generalmente, ya no vuelven a levantarse. Por eso se corre a veces el riesgo de intervenir. La operación consiste en volver a soldar el cuello del fémur. La mayoría de las veces todo transcurre sin novedad. El operado se levanta, se cree que está fuera de peligro. Después, bruscamente, entre los treinta y cincuenta días, el enfermo muere de una neumonía. La mitad de las veces. Los médicos todavía no han comprendido la razón.

A igual edad, pues, la naturaleza de la operación a practicar y sus posibles consecuencias hacen reflexionar al médico. Este, por ejemplo, se niega a operar un cáncer de recto que requeriría la creación de un ano artificial en los nonagenarios afectados de senilidad. Pero, moralmente, traumatizados por su nueva enfermedad, murieron poco después de desesperación.

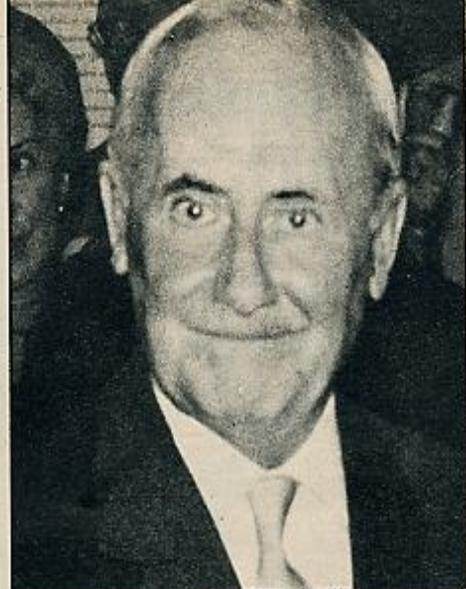
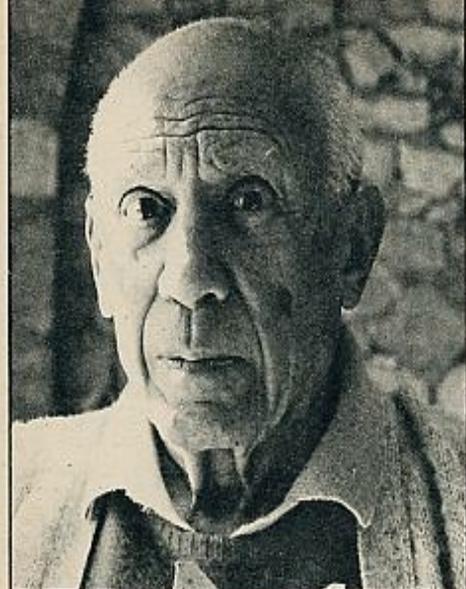
—¿Existe una técnica quirúrgica especial para los ancianos?

—No, una hernia estrangulada, una oclusión intestinal, un cálculo biliar se operan igual a un adulto de cuarenta y cinco que a un anciano de ochenta y cinco —nos dice el doctor Monod-Broca—. Técnicamente, no es complicado. Cuando se ignora la edad del paciente, un cirujano es prácticamente incapaz de decir si el intestino que repara pertenece a un hombre de cuarenta y tantos o a un octogenario. Al revés, si en cirugía cada caso es particular, esto se aplica todavía más a los que han sobrepasado los setenta y cinco años. Para todos ellos, el elemento capital es la rapidez. Igual para el diagnóstico que para la misma operación.

—¿En el diagnóstico?

—En el caso de los ancianos, el tiempo perdido en el estableci-

«La cirugía de ancianos es menos espectacular que la de los trasplantes, pero afecta a un número considerablemente mayor de personas».



Hasta fecha reciente se pensaba en la inutilidad de las intervenciones quirúrgicas practicadas en los ancianos. Sin embargo, la moderna medicina ha conseguido resultados verdaderamente sorprendentes. Personas que veinte o treinta años atrás —debido a su avanzada edad— se hubiesen visto obligadas a llevar una vida estrictamente vegetativa, consiguen rejuvenecer a la salida del quirófano. Que la edad del carnet de identidad no responde muchas veces a la actividad de las personas nos lo demuestran estos tres hombres: Picasso, Chaplin y Miró, quienes, pese a su avanzada edad, continúan siendo ejemplo permanente de creatividad artística y de vigor intelectual.

miento de un diagnóstico ya no se recobra. Tememos el caso de la peritonitis. Para un enfermo normal es una cuestión de horas. Para las personas de edad, en los que la peritonitis es mortal la mitad de las veces, es una cuestión de minutos. Ahora bien, como son frecuentemente muy asustadizos, el diagnóstico resulta todavía más difícil de establecer.

«Excepto en casos excepcionales como aquéllos, el cirujano de ancianos opera siempre en frío. Y su decisión está en función de la edad de su cliente.

«Pero no la edad de su carnet de identidad —subraya el doctor Monod-Broca—. Esa edad hay que olvidarla desde que estamos en presencia del enfermo, como hay que olvidar lo que dice su familia en este sentido. Lo que cuenta es la edad real del paciente.

Los criterios que retiene el cirujano son numerosos y sutiles. La mirada de un anciano, su modo de expresarse, de respirar, el estado de sus uñas (y más particularmente las uñas de los pies cuando son lisas y bien formadas) dicen bastante más sobre la edad fisiológica que los actos oficiales. Respecto a su psicología...

—He operado de una hernia maligna, hace ahora tres años —dice el doctor J. B...—, a una anciana regularmente marcada por la vida, de ochenta y nueve años. Todo fue muy bien, pues ella tenía muy buena moral. «Opéreme en seguida, doctor —me decía—, espero un nacimiento dentro de tres meses. Sí, el de mi tataranieto. Se da usted cuenta, por nada del mundo quisiera privarme de ello».

Algunos indicios pueden equivocar. Como el caso de un anciano de rostro chupado, muy delgado, que no comía casi nada desde semanas atrás. No parecía sufrir. ¿Estaba verdaderamente agotado, al límite de sus fuerzas? Un examen a fondo reveló un en-

cogimiento del pílora. Después de operado, volvió a comer como lo haría un joven, se encontró de nuevo con una salud que sólo la desnutrición, y no el uso de su organismo, le había quitado.

Otro ejemplo: la mujer de ochenta y tres años que se quejaba de dolores abdominales. No parece encontrarse muy mal, pero hay algo que inquieta al cirujano: su capacidad respiratoria parece muy reducida. No es muy alentador. Pero el examen revela que la anciana no respira a fondo porque tiene dolor de estómago. Y este mal es causado por un tumor benigno. Se podrá extirparlo sin inquietarse demasiado por la capacidad respiratoria de la octogenaria. De ahí el interés de una auscultación particularmente meticulosa y de un interrogatorio a fondo. Hay que hablar con el enfermo. Hacerle hablar. Escucharle atentamente, sin interrumpirle, pues en ocasiones encuentra dificultades en recordar el hilo de sus ideas. Adivinar lo que dice, presentir lo que no dice. «Las viejas piernas que se resisten a llevarle» pueden esconder muy bien una coxartrosis —inflamación de la cadera—, «la falta de ganas de comer», una úlcera estomacal. Algunas veces, también el anciano presiente que se le va a proponer una intervención quirúrgica. Su reacción puede ser negativa si hasta entonces ha disfrutado de buena salud y no ha entrado nunca en un quirófano. Sobre todo, si conserva el recuerdo de una época —todavía no muy lejana— en que la más mínima anestesia general era una prueba temible o un amable eufemismo.

—¿Operarme? ¡Jamás! —protesta—. Sé muy bien lo que tuvo que sufrir el tío Arturo en mil novecientos once, cuando no tuvo más remedio que dejarse cortar la pierna. ¡Antes la muerte!

Al médico le incumbe convencerle, explicarle que en 1911 la aviación era cosa de temerarios

y que, en la actualidad, decenas de millones de personas suben en los "jets" sin temor alguno.

—Por regla general —dice el doctor Monod-Broca—, la auscultación y el interrogatorio de un enfermo no llevan más de un cuarto de hora. Con un anciano hay que contar con tres cuartos de hora e incluso más. En una palabra, adoptada la decisión de operar hay que trasladar al paciente al hospital o a la clínica. Es la fase pre-operatoria, muy importante y muy delicada. El anestésico entra en escena y continuará ocupándose hasta bastante después de la operación. Con el cirujano debe, en un mínimo de tiempo, recoger un máximo de informaciones sobre el organismo del paciente. Y esto, con medios reducidos.

Puesto que, en todo caso, hay que ahorrarle al enfermo cualquier dificultad física o moral suplementarias. Esto le obligaría a echar mano de sus reservas de energía ya disminuidas y que se volverían contra él en seguida, puesto que las reservas se agotan mucho más rápidamente si el enfermo es de edad avanzada.

—En todo instante debemos dar seguridades, reconfortar, bromear con ellos —me dice una reanimadora de una clínica parisiense.

Ojo para todo

El examen preparatorio va raramente más allá de las pruebas indoloras, como el electrocardiograma, el establecimiento del balance hídrico, la comprobación del funcionamiento de los riñones, el índice de oxigenación de la sangre... No se hacen nunca algunos exámenes muy dolorosos; tal es el caso de la arteriografía. Para localizar un estrechamiento de los vasos sanguíneos no es cuestión de introducir en una

vena o en una arteria un tubito por el que se inyecta una solución opaca a los rayos X. Generalmente, los conductos sanguíneos del anciano están revestidos de un depósito más o menos denso, calcáreo la mayoría de las veces.

—Por el contrario —prosigue la reanimadora—, si disponemos de bastante tiempo, enseñamos al enfermo —quien, más o menos, ha perdido la costumbre— que ha tenido un enfisema o cuyos pulmones han envejecido a respirar profundamente, a toser de modo conveniente, para que expulse de sus bronquios las mucosidades que dificultan su funcionamiento.

El papel del anestésico-reanimador pasa a ser capital desde el momento en que se sale hacia el quirófano.

—Hay que estar siempre a punto para todo, puesto que los márgenes de maniobra son extremadamente reducidos —dice la reanimadora—. Tolerable en un sujeto corriente, la menor fluctuación en la tensión arterial, del ritmo respiratorio, del ritmo cardíaco, puede tener las más graves consecuencias desde el momento en que se trata de un anciano. Esta vigilancia nos supone una considerable tensión nerviosa.

Aquí, efectivamente, no se trata de dejar correr la sangre contando con la transfusión para restablecer el equilibrio: la transfusión es peligrosa para el organismo de los viejos. Un adulto puede perder hasta tres litros de sangre de los cinco que tiene y se recuperará después de una transfusión. Un anciano que pierde medio litro de sangre está prácticamente muerto. Por consiguiente, es preciso que en el curso de la operación se pierda la menor cantidad de sangre posible y mantener un perfecto equilibrio circulatorio: una gota

la cirugía arma contra la vejez

camino de curarse: el termómetro, el pulso, la tensión arterial, no harán más que confirmarlo. Si es una mujer, sería muy raro que no se preocupara de su peinado —a menos que no reclame el regalo que se le había prometido antes de entrar en la clínica.

Si no surge ninguna complicación, hay que hacer que el enfermo se mueva, que se levante, que deje la cama para evitar el anquilosamiento, por no hablar de la embolia.

El vaso de vino y el cigarrillo

—No soy de esos hombres que se dejan embromar —me dice Víctor B..., ingeniero—. Sin embargo, cuando cuarenta y ocho horas después de la operación el cirujano entró en mi habitación y me dijo: «Abuelo, ¡usted va a levantarse!», estaba convencido de que bromeaba. ¿Se da cuenta? ¡Levantarme cuando todavía tenía el bajo vientre abierto después de la operación de próstata! Pero nada. El no bromeaba en absoluto. Tuve que levantarme por las buenas y caminar un poco por la habitación. Y tenía razón, porque ahora me encuentro perfectamente.

El señor B... festejaba, el pasado 7 de diciembre, su ochenta y nueve aniversario. Derecho como un palo, vive solo en un apartamento situado en una sexta planta en pleno corazón de París; él se encarga de sus compras y de la cocina, y lleva una vida muy activa.

—Preferí correr el riesgo de una operación —dice— antes que soportar una sonda.

El anciano, operado y en vías de curación, no es un paciente como los demás. En la clínica como en el hospital, se pliega mal al cambio de medio, de costumbres —y todavía menos si está en una habitación común—. Siente la necesidad de que se ocupen de él permanentemente, de encontrarse moralmente "recalentado".

En cuanto a sus costumbres hay que cambiárselas lo menos posible.

—Antes que ver a un anciano bajo de moral —dice el doctor J. B...—, prefiero dejarle, a pesar de que está prohibido, su vaso de vino y su habitual cigarrillo. Esto supone a veces una buena terapéutica... y forma parte del «recalentamiento».

Este entorno del anciano convalciente preocupa mucho a los especialistas.

—Algunos enfermos, a los que su familia no puede ya tener con ellos —o no disponen de ella—, no resisten —dice el doctor Mo-

nod-Broca—. La operación se ha desarrollado muy bien. Está en curso de restablecimiento. Ha vuelto el apetito, la fiebre ha desaparecido y la tensión buena. Y, de improviso, nuestro paciente se le va de entre las manos. No teniendo a su alrededor el calor humano que necesita, pierde interés por vivir.

Por ello, los cirujanos que operan a personas de edad avanzada hacen todo lo posible para que abandonen rápidamente el hospital. Es preciso que el operado vuelva a su medio, a su decorado, a sus costumbres, a sus seres queridos. A falta de esto, los éxitos más brillantes de la cirugía geriátrica pueden conducir al fracaso. Ahora bien, si ya resulta difícil encontrar una casa de reposo para enfermos de más de setenta años, es prácticamente imposible hallarla cuando éstos han llegado a los ochenta. Y esta es una grave laguna de orden asistencial.

—La cirugía del anciano existe —subraya el doctor Monod-Broca—. Pero para progresar espera que haya establecimientos especialmente acondicionados para la convalecencia de los viejos.

Según el último censo, existe actualmente en Francia alrededor de un millón de octogenarios. Su número se elevará todavía gracias a un mejor sistema de higiene y a los progresos de la medicina. Consecuentemente, hay que esperar la multiplicación de las intervenciones quirúrgicas entre los ancianos. En el estado actual de cosas, ni los hospitales, ni las casas de reposo pueden hacer frente a tal situación.

El espíritu de las familias deberá evolucionar también. Con frecuencia, no hacen caso de las quejas del anciano y las atribuyen a su edad o la senilidad. No llaman al médico, o le llaman demasiado tarde. Ignoran que la cirugía puede en la actualidad convertir al anciano o la anciana en menos dependientes de los suyos, sea cual fuere su edad. Y que estos años ganados son una bendición para ellos.

La señora L. M.: A sus noventa y seis años estaba completamente ciega, la catarata había echado una cortina opaca sobre sus ojos. Estuvo tres años en este estado, reclamando siempre una intervención. A los noventa y nueve años, por fin, un oftalmólogo aceptó operarla, a pesar de las reservas de la familia. Y la operación fue un éxito. A sus ciento tres años, la señora L. M. —algunas semanas antes de morir de "verdadera" vejez en esta ocasión— sentía todavía una gran alegría leyendo los titulares de su periódico. En cuanto a los suyos, se reprochaban haberle hecho perder de ese modo tres años de felicidad... ■ ANTONIO ICART.

de transfusión por una gota de pérdida.

—Llegamos hasta pesar las compresas durante la intervención con el fin de compensar las pérdidas del modo más ajustado —dice la reanimadora—. No es todo. Ya sería para el joven y el adulto, la deshidratación en el transcurso de la operación es igualmente peligrosa en los ancianos. El cirujano coloca paños húmedos alrededor de la llaga, mientras que el anestesista instala en las venas del operado soluciones calculadas al máximo: ni demasiado, puesto que podría provocar un edema agudo de pulmón, ni demasiado poco.

Con frecuencia, el ritmo respiratorio de los ancianos equilibra difícilmente sus necesidades de oxígeno. El más mínimo descenso de este ritmo hace caer el aporcionamiento por debajo del "mínimo vital" del cerebro.

—El cirujano o el anestesista no tienen siempre la culpa —dice el doctor J. B...—. Siempre es posible que la «hipoxia» sea accidental. En este sentido, yo operé de la próstata a un anciano de ochenta y dos años, anteriormente en plena posesión de sus facultades. La operación fue un éxito, pero, al despertar, el paciente tenía dificultades para hablar y andar. Fue una desagradable sorpresa para todo el mundo.

—¿Existe un medio de prevenir esta clase de accidentes?

—Practicando la anestesia total sólo cuando no hay otro remedio —responde el doctor Monod-Broca—. Es siempre preferible la anestesia raquídea o local. Una y otra pueden aplicarse en numerosos casos. La intervención de estómago puede hacerse solamente con anestesia local.

Una vez terminada la operación, el anciano sometido a anestesia general debe despertar rápidamente. Es asunto del reanimador, de la maestría de su anestesia. Un buen "despertar" garantiza que los riñones, que sufren frecuentemente el choque más fuerte de la anestesia, volverán a funcionar rápidamente. Esto es esencial. Pero existen otros riesgos, cuando el operado se queda demasiado tiempo somnoliento.

—La hipoxia. Y, además, las mucosidades que se acumulan en los bronquios a riesgo de ahogarle.

El anciano sana rápido o no se cura. Lo más frecuente es ver cómo su estado mejora por horas, para entrar pronto en la convalecencia.

—Hay indicios que no equivocan —dice la reanimadora—. Desde el momento en que abre los ojos o que su mirada se anima cuando una enfermera —con más razón si lleva minifalda— entra en su habitación, es que está en

**Ahorre tiempo
y dinero,
hágalo
Ud. mismo con...**

Taladradora
D500

Ptas. 1400.—

Con la D500 y sus accesorios podrá efectuar infinidad de trabajos fácilmente en su hogar, chalet o coche... cortar, serrar, agujerear, puitar, abrillantar, etc. El taladro que más se vende en el mundo

Black & Decker

Accesorio
sierra circular
D984

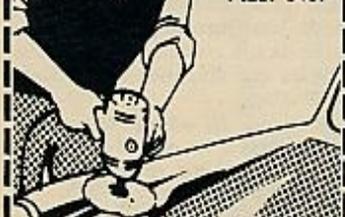
Ptas. 650.—



Black & Decker

Conjunto para
lijar, abrillantar
y limpiar
D9324

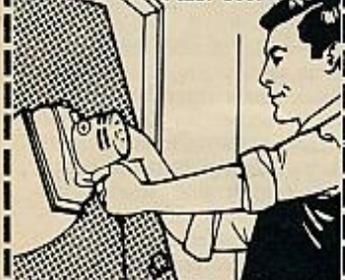
Ptas. 345.—



Black & Decker

Accesorio lijadora orbital D988

Ptas. 800.—



Black & Decker

Avda. Ferrocarriles, 103, Barcelona
Hospitalat.

Señores: Por favor, mándenme sin compromiso su catálogo de taladros, y accesorios «hágalo Ud. Mismo».

Nombre

Dirección

Población