

LAS CURAS BALNEARIAS EN GERIATRIA

José Luis ALBASANZ GALLAN. *Médico de Aguas Minero-Medicinales.*

Este tema ha sido motivo de mi preocupación desde hace más de treinta y cinco años y sobre él he publicado en diversas revistas científicas y presentado comunicaciones en congresos médicos. Mi interés por el tema se justifica por el hecho de haber ejercido profesionalmente en una Residencia de Ancianos y haber ocupado la Dirección médica de establecimientos balnearios durante muchos años.

Es un hecho destacable que las curas balnearias se han considerado siempre como muy favorables en el tratamiento de cronicismos en general y, naturalmente, en los sujetos de edades avanzadas pueden reportar considerables beneficios por sus acciones somáticas y psíquicas. En el hombre enfermo y especialmente en los achaques propios de la considerada Tercera Edad, es importante actuar sobre las principales localizaciones de sus padecimientos pero teniendo también en cuenta las posibles alteraciones de sus reacciones, regulaciones y vivencias. Establecidas estas premisas, es conveniente destacar algunos aspectos de las curas termales y, para facilitar su sistematización comentaremos los siguientes apartados:

I. ENVEJECIMIENTO BIOLOGICO

El envejecimiento biológico, al que todos quieren llegar y ninguno desea, lo cual no es un contrasentido, es algo que el mero transcurso del tiempo o mejor dicho la continuidad del proceso vital origina inexorablemente en todos y cada uno de los organismos vivientes, y esto con independencia del concepto espacio-tiempo del universo físico, aunque incluido en él, como pura manifestación del devenir orgánico. Sabemos que a lo largo de los distintos períodos del ciclo vital —infancia, adolescencia, madurez, e involución senil— la capacidad de multiplicación o regeneración celular, tanto en su función privativa como el servicio de las coordinaciones orgánicas y a la unidad del ser, tiene unos límites variables de unos tejidos a otros, prefijados genéticamente pero también influidos por factores ecológicos, lo que explica así el asincronismo en la persona de sus manifestaciones de envejecimiento, en ausencia de todo resto de enfermedad, que acaecida anteriormente en forma manifiesta, larvada o subclínica pudiera haber dejado alguna lesión residual confundible dentro del

proceso senil. Es sabido que en todos nuestros países del área occidental tiene planteado un problema demográfico muy serio el progresivo envejecimiento de la población debido a los adelantados de la medicina, la mejoría del nivel de vida y el lamentable descenso de los índices de natalidad. Así en España ya contamos con una expectativa de vida media al nacer de setenta y cinco años; el número de personas mayores de sesenta y cinco años era, según estadísticas de 1984, superior a cuatro millones y medio, lo que daba una proporción de ancianos del total de la población de un 11,77% que alcanzará para el año 2.000 un 17%. Otros datos que conviene conocer son que en la asistencia primaria el 50% de las consultas es para mayores de sesenta y cinco años, que consumen el 40% del gasto farmacéutico total y también que el 50% de las camas hospitalarias están ocupadas por ellos mismos. Desborda ahora de nuestro cometido el ocuparnos de los difíciles problemas que la creciente población de jubilados y senectos plantea en sus variados aspectos sanitarios y asistenciales agravados por la insuficiencia de pensiones y el aislamiento, que sólo encontrarían solución desde un enfoque de solidaridad y justicia social junto con una suficiente y cuantiosa adscripción de recursos económicos, hoy poco menos que imposible por la desdichada política de dispendio y pseudodesarrollo seguida en nuestro país en los últimos años. Por otra parte, este tema de la asistencia sanitaria en la tercera edad fue objeto de una comunicación mía presentada al primer Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores de Madrid en el día 27 de noviembre de 1992.

Las características somáticas, funcionales y sociales del envejecimiento biológico son las siguientes: 1.^a Gradual desecación de los tejidos. 2.^a Atrofia celular, degeneración, aumento de la pigmentación e infiltración grasa. 3.^a Retraso gradual de la división celular, de la capacidad de crecimiento celular y reparación de los tejidos incluyendo la disminución de la génesis de anticuerpos en caso de infecciones. 4.^a Disminución gradual de la elasticidad de los tejidos y cambios degenerativos en el tejido elástico. 5.^a Retardo gradual en los procesos de oxidación y metabolismo basal. 6.^a Disminución de la rapidez, fuerza y resistencia de las reacciones neuromusculares esqueléticas. 7.^a Disminución de la fuerza muscular. 8.^a Degeneración y atrofia del sistema nervioso, disminución de la visión,

oído, atención, memoria y resistencia mental. 9.^a Trastorno gradual del equilibrio interno (homeostasis) de las células y los tejidos, lo que da como resultado dificultad para recobrar el equilibrio homeostático frente a situaciones de stress.

En conjunto esta pérdida de la capacidad de adaptación, o lo que es lo mismo, de la reserva biológica ante los más variados estímulos ha sido cuantificada en un 1% anual a partir de los treinta años, o sea que un individuo a los ochenta años ha perdido el 50% de su capacidad funcional. Numerosos han sido los estudios bioquímicos y de exploración funcional realizados en senectos, como también en experimentos animales para hallar datos de significación causal o al menos característicos de la edad, pero siempre ha llamado la atención la dificultad en encontrar diferencias químicas cuando tan fácil es encontrarlas desde el punto de vista histológico.

Las características somáticas y funcionales del envejecimiento deberían ser completadas con las sociales a las que antes se ha aludido para completar el cuadro. Hace más de treinta años al ocuparnos especialmente de la clínica geriátrica, nos interesaba particularmente la patología en cuanto a sus rasgos distintivos con otras edades de la vida, como también lo referente a si la Geriátrica debía ser considerada o no como una nueva especialidad médica. Los AA ingleses llamaban la atención entonces —y el curso del tiempo les ha dado la razón— sobre los aspectos y los problemas sociales que plantea la asistencia a los senectos muy superiores en importancia a su vertiente médico-patológica. Se trata, ya lo hemos dicho, de problemas de pobreza, de marginación, de trastornos psico-orgánicos o depresivos, o de otras patologías asociadas como del aparato locomotor por ejemplo, que exigen ayudas eficaces por parte de las organizaciones públicas en las distintas Administraciones, paraestatales o privadas dedicadas a este fin y que ciertamente se esfuerzan en hacerlo de la mejor manera posible. Debo citar aquí con aplauso la tendencia de los balnearios a aceptar grupos de bañistas jubilados que acuden fuera de la temporada oficial bajo la supervisión del INSER-SO. Me parece un loable ensayo de balneoterapia social, sobre la que tanto se ha insistido desde hace muchos años y que bien reglamentada y organizada no merece sino plácemes.

Por lo que respecta a los mecanismos del envejecimiento se ha atribuido un papel a los neurotransmisores, y así el sistema dopaminérgico en particular el nigrostriatal, y el sistema acetil colinérgico han recibido lógicamente la mayor atención. Se ha visto en experimentos animales que la restricción dietética puede

retrasar la gradual reducción de los receptores dopaminérgicos observados en el striatum senil, siendo posible que este factor protector, la hipoalimentación, actúe mediante la reducción de radicales libres-peróxidos—que se complementaría con un aumento de actividad de la superóxido-dismutasa, verdadera depredadora de los radicales libres observados en la senescencia de diversas especies. El G.A.B.A. (ácido gamma amino butírico) aminoácido casi exclusivamente localizado en el s.n.c. y neurotransmisor inhibitorio más importante, se encuentra disminuido en proporción a la edad tanto en el tálamo como en la corteza cerebral, como igualmente ocurre con la enzima glutámico Descarboxilasa, fundamental en la síntesis del G.A.B.A. En la corteza frontal de las ratas viejas, la disparidad entre la distribución diferencial en las distintas áreas corticales del cerebro frente a la distribución homogénea encontrada en las ratas jóvenes, habla a favor de una alteración en el mapa neuroquímico de la corteza cerebral durante el envejecimiento. Los mismos ácidos acídicos (ácidos aspártico y glutámico), ambos neurotransmisores de carácter excitatorio se encuentran disminuidos en relación con la edad, según estudios realizados por F. Mora en las ratas, lo que indica un deterioro selectivo de los sistemas de transmisión glutaminérgicos para ciertas áreas corticales de asociación durante el proceso normal de envejecimiento.

El avance en los conocimientos de genética molecular, y correspondientes tecnologías, han llevado actualmente al proyecto científico de tan altos vuelos como el del genoma humano, en colaboración internacional, cuyos paulatinos resultados, incluso también en el tema que ahora tratamos, son esperados con la máxima expectación de los científicos y la sociedad en general. De la complejidad e ingente labor emprendida da idea, según informa Grisolia, el hecho de que en la actualidad se conozcan 100.000 genes y aproximadamente 4.000 enfermedades monogenéticas. De estos 100.000 genes conocidos sólo 1.800 han sido ya localizados, pero sólo se sabe la secuencia de bases con seguridad en un centenar de ellos. Recogemos aquí estos datos por los hechos bien conocidos de que la gran longevidad suele ser de carácter familiar; también que por el contrario la progeria, enfermedad que viene a representar su polo opuesto, se caracteriza por el envejecimiento precoz en sus dos formas, la del adulto o síndrome de Werner heredada en forma autosómica recesiva, y la infantil o síndrome de Hutchinson-Gilford. Las formas familiares de la hípérbetalipoproteinemia de tipo II.A en las que hay en cierto modo también un envejecimiento anticipado, también podrían aquí invocarse en favor de un probable papel

regulador o modulador de los genes en el proceso de envejecimiento normal de los seres vivos. Aunque no está aclarado el mecanismo seguramente indirecto puesto en juego, parece atribuirse importancia al funcionamiento de los telómeros, es decir, de aquellos pequeños segmentos de A.D.N. no albergadores de genes, que ponen remate a los cromosomas, y cuya secuencia constante de nucleótidos, repetitiva pero no exclusiva, es TTAGGG. Son al parecer esenciales en la estabilización de los cromosomas al impedir su acortamiento, dada la necesidad de una replicación exacta durante las mismas en favor de una correcta transmisión cromosómica. Tienen para su síntesis una enzima ribo-nucleoproteica llamada telomerasa, que realmente actúa copiando un R.N.A. molde de D.N.A. en cierto modo una transcriptasa inversa. El telómero humano viene siendo muy estudiado recientemente valiéndose del método de la clonación, pues parece ser que el papel protector que se le asigna no se cumpliría adecuadamente en las células somáticas durante su constante trabajo de replicación en comparación con las células germinales, y así produciríanse deterioros, pérdida de subunidades, etc., importantes como causa de envejecimiento corporal, según la opinión sustentada por PORTERA en su reciente discurso en la Real Academia Nacional de Medicina.

Hay otros procesos epigenéticos, o sea de los que controlan la ejecución de los programas del desarrollo mediante interacciones entre el A.D.N. y las proteínas, que buscando ampliar en lo posible nuestros conocimientos más allá de lo normal, expresión génica pueden ser de interés en el asunto del envejecimiento. Es decir, hay en cierto modo una herencia distinta, especialmente referida a la unión con grupos metilos-5-metil-citosina-, pues está bien comprobada la correlación negativa existente entre la metilación y la activación de un gen. Hay una lógica herencia de los patrones de metilación, pero a la larga la pérdida gradual de grupos metilos conduce al envejecimiento, al producirse fallos ocasionales en la metilación de mantenimiento durante las mitosis, o en el reemplazamiento de dichos grupos tras la reparación del A.D.N. de células que no se están dividiendo. En suma, los trabajos sobre el envejecimiento, aunque no aportan pruebas inconcusas, revelan la fragilidad de los controles epigenéticos ya que no son absolutos y pueden deteriorarse. Incluso puede decirse que las epimutaciones (aberraciones en la actividad génica) pueden ser causa de desdiferenciación celular y contribuir así a la carcinogénesis.

Ciertas características de la patología senil deben ser tenidas en cuenta no sólo por médicos del balneario sino también por los demás que acceden a la realización

de la cura o la indican. Son estas: la pluripatología muy frecuente; la situación larvada o paucisintomática de la enfermedad hasta el punto de faltar todo síntoma específico o de localización y sólo exteriorizar un deterioro del estado general o de su independencia funcional; la poca expresividad o casi indiferencia en cuanto al relato de las propias molestias por considerarlas inherentes a la edad; el descubrimiento de una patología de órgano o sistema, no implica necesariamente su responsabilidad en la pérdida funcional manifiesta refiriéndonos a los datos anómalos de auscultación, del e.c.g. o de analítica aisladamente considerados. Importante es saber que el principal factor de descompensación en las personas de edad avanzada es la enfermedad más que la propia edad, aparte de que en personas del grupo senil —o muchas de ellas— por sus limitaciones funcionales inherentes, están en los linderos de la enfermedad, sino se confunden con ella, razón por la cual debe ser buscada con la máxima diligencia y atención, tanto más que en la actualidad por la constante mejora de los tratamientos médicos y quirúrgicos cada vez hay menos contraindicaciones para ellos en función de la edad si a tiempo se acude. Aunque el tipo de práctica del médico del balneario sea distinta a la que corresponde al de cabecera, o de la S.S. u otro, hay que recalcar la necesidad de que disponga de un alto grado de capacidad diagnóstica, a la vez analítica y sintética, y de relación interpersonal para que invirtiendo todo el tiempo preciso sea receptivo a todas las particularidades individuales del paciente y así poder ser útil con el mejor conocimiento de causa.

II. ESPECIALIZACION TERAPEUTICA DE LOS BALNEARIOS

Creo haber indicado ya que en los balnearios nunca se hizo acepción de personas en lo referente a la edad como tampoco hay balnearios especialmente destinados a los senectos, observándose así la regla general en el trato habitual con estas personas de que no deben ser objeto de segregación o de separación en relación a las otras más jóvenes con las que han de convivir en el normal trato intergeneracional familiar, lo que no quiere decir que según sus condiciones personales de salud o estado patológico puedan ir mejor encaminadas a uno u otro establecimiento. Como en toda persona de cualquier edad, pero todavía más, debe individualizarse la indicación como también tienen que individualizarse las técnicas hidroterápicas utilizables. Creo sinceramente, que de acuerdo con el signo de los tiempos, ha mejorado la atención médica en los balnearios, así

como también las propias instalaciones y servicios. Me refiero especialmente a la mejor dotación de las consultas respecto a medios de exploración, informatización de las historias clínicas, y existencia de personal auxiliar de A.T.S., que al ayudar al médico evitan que en los balnearios de mucha concurrencia la consulta se convierta en una carrera contra reloj, permitiendo además una mejor vigilancia o control médico durante la cura. También ha contribuido a la mejoría asistencial la introducción en bastantes de ellos de las técnicas de rehabilitación con material idóneo y personal titulado, con vistas al restablecimiento en lo posible de la capacidad funcional mediante las técnicas masajes, movilización, mecanoterapia, etc., en el supuesto de que las curas balnearias sean lo suficientemente prolongadas para obtener el beneficio deseado. Sin olvidar, finalmente, que todo lo que se haga para mejorar el nivel formativo y profesionalización del respetable personal de bañeros ha de ser bienvenido.

En sentido estricto no es lo mismo decir crenoterapia, balneoterapia o cura balnearia. Crenoterapia, helenismo de κρηνηcrene —manantial— y θεραπεία —curación— o sea curación por las fuentes de aguas minerales implica utilización del agua mineral como materia médica con independencia de su forma de aplicación. En la balneoterapia hay solamente aplicaciones externas (baños, chorros, duchas, etc.) del agua en cuestión, que se sobreentiende es mineral y termal con acción terapéutica per se. Finalmente la cura balnearia es un concepto mucho más amplio pues incluye además de lo anterior todos los factores concurrentes, ciertamente complejos, durante la estancia balnearia y que la configuran desde el punto de vista terapéutico.

Limitándonos al agua mineral, debe ésta su actividad a la composición química o mejor dicho fisicoquímica, tanto en cuanto a la mineralización total y presión osmótica, como a sus componentes aislados, que si destacados algunos en sus proporciones relativas constituyen la base de su clasificación (aguas sulfuradas, cloruradas, oligometálicas, etc.) aportadores de forma de energía debidas a la disociación electrolítica en relación inversa con la concentración, muy activas por consiguiente por sus oligoelementos, hoy muy estudiados desde el punto de vista de sus acciones biológicas. El agua es también vehículo de energía calórica ligada a su termalidad en sus aplicaciones externas, como igualmente energía radiactiva en forma de radón o emanación. Para que la actividad del componente mineral se manifieste deberá ser adsorbido, es decir, administrado al interior por vía digestiva, como se hace en los balnearios de esa especialización, e igualmente en las curas de diuresis, aunque puedan

complementarse con la balneación —de efectos fisiológicos por su parte muy aparentes—, pues aunque de seguro determinados iones puede absorberse a través de la piel, lo hacen casi indiscerniblemente en contraposición a lo que ocurre con la vía respiratoria (inhalizaciones, pulverizaciones, estufas, etc.), con el empleo de aerosoles.

Aunque la mineralización principal del agua modula y acrecienta la acción terapéutica específica, la relación dosis-efecto es distinta a la que estamos acostumbrados en Farmacología donde han de cumplirse procesos científicamente mensurables referidos a la adsorción medicamentosa, paso al medio sanguíneo, unión variable a las proteínas plasmáticas, transformaciones metabólicas durante el paso hepático, cociente partición plasmático-medio intersticial, fijación a los correspondientes receptores celulares con la específica acción farmacodinámica, vías y rapidez variable de eliminación, procesos que en conjunto forman la base de la acción farmacológica. En Crenoterapia y en lo que nosotros sabemos, no sucede esto, aunque no pueden negarse fenómenos de transmineralización y también la existencia de acciones biológicas con que el organismo responde al agua mineral, acciones zimos-ténicas, antianafiláticas y de estímulo del eje hipofisopararrenal, bien comprobadas, y en relación probable con éstas, aunque no de manera exclusiva, efectos claros de regularización funcional y de alteración de la capacidad reaccional que nunca se echan a faltar en las curas balnearias, incluso las demasiado breves de hace algunos años. Este hecho diferencial de la Crenoterapia unido a la circunstancia de la amplitud y heterogeneidad de las enfermedades asignadas en las guías y folletos de información balnearia como legítimas indicaciones suyas, han sido una de las causas del crenoescepticismo a todas luces injustificado de muchos médicos, incapaces de apreciar de que se trata aquí de algo distinto cuyo conocimiento científico ha caminado por otras vías. Recordamos a este respecto la clasificación de los balnearios por grupos de especialidades, vigente en la época que hicimos nuestras oposiciones hace ya muchos años y que tanto nos llamaba la atención, puesto que era necesario figurar en el grupo de las especialidades asignadas a cada balneario que solían ser varias, pero no todas, claro es, para poder desempeñar la plaza. Esto estaba en realidad bien hecho, al demostrar que aunque las indicaciones de los balnearios eran muy amplias no servían para todo, pues la experiencia médica a lo largo del tiempo había evidenciado en muchos de ellos la existencia de una indiscutible especialización terapéutica, seguramente hoy en plena vigencia. Así podríamos citar como ejemplos la reha-

bilitación de los hemipléjicos en Ledesma, los efectos sedantes y regularizadores del s.n. de Alange, los efectos del tratamiento atmiátrico de Tolox en las broncopatías crónicas con componente asmático, etcétera

a) *Contraindicaciones absolutas y relativas*

Las contraindicaciones a tener en cuenta son primeramente la falta de la debida capacidad de reacción como sucede en los ancianos con gran debilidad general. También las insuficiencias viscerales graves de corazón, sea cualquiera su etiología (coronaria, hipertensiva, miocardiopatía, etc.), como las insuficiencias hepáticas y renales en las que el reposo del órgano y su función son imperativos, o las respiratorias de compensadas que requieren urgente traslado para su tratamiento adecuado. El cáncer, sea cualquiera su localización, también es una importante contraindicación, lo que hay que tener muy presente en las personas de cierta edad dado su polimorfismo e insidiosidad de su curso clínico. De acuerdo con la noción clásica tampoco los procesos agudos sea cualquiera su localización son tributarios de la cura hidromineral, en lo que merece insistirse dada la pereza o poca vivacidad que muestran los ancianos en sus manifestaciones reaccionales. Otra contraindicación específicamente geriátrica la constituyen los casos de hipertrofia prostática y retención crónica incompleta de orina que fácilmente se transforma en completa por la acción de los baños o la ingestión abundante de líquidos. Hay numerosas contraindicaciones relativas o mejor indicaciones indulgentes y poco correctas que deberían ser muy recordadas en los balnearios dada la posibilidad de reclamaciones que dirigidas contra los médicos pueden ser causa de problemas. No me refiero a los casos en que la Crenoterapia puede ser supérflua como sucede con la patología lesional, avanzada, destructiva de una articulación de cadera por artrosis, por ejemplo, hoy tributaria de la cirugía, si no a aquellos casos en que pueden surgir complicaciones de tipo hemorrágico, coronario o cerebral, etc., debido a patologías no suficientemente valoradas en el momento de hacer la prescripción, de donde las cautelas que hay que observar con las personas de muchos años, aunque también sea rigurosamente cierto la existencia de otras, probablemente la mayoría, con buen estado de salud y que no plantean problema alguno. La exploración, o mejor, la formación del juicio clínico, comenzará desde el momento en que el paciente transpone el umbral de la consulta, observando la expresión de su rostro, su forma de andar, el manejo de la palabra, si viene solo o lo más probable acompañado, los informes médicos de que puede ser portador, que

deberían ser obligatorios en todos los casos, los datos de los medicamentos en uso, que tantas veces no recuerda bien y que convendría en ocasiones retocar en casos de plurifarmacia, o sea de abuso o inconveniencia por la yatrogenia posible. Tras la anamnesis y la auscultación torácica usuales tiene interés la tensión arterial, que en los ancianos suele estar elevada, la sistólica en especial, o también ambas si se trata de hipertensos, debiendo el médico tener idea clara de los límites tolerables, teniendo en cuenta que pueden descender espontáneamente tras la primera consulta al tranquilizarse el paciente, o por el contrario necesita ser reducida medicamentosamente para poder bañarse. Las arritmias cardíacas tienen como es sabido una significación muy variable; los que presentan fibrilación auricular permanente, muy corriente en los ancianos, deben someterse a una discreta cura digitálica de sostenimiento en caso de cursar con taquicardia. El infarto miocárdico antiguo, cicatrizado, en sujetos con buena capacidad funcional no contraindica una cura balnearia. En cambio los bronquíticos crónicos asmáticos con insuficiencia cardíaca o respiratoria se encuentran ya en el límite de la indicación y deben abstenerse. La torpeza física en relación con déficit sensoriales o del equilibrio requiere, naturalmente, ayuda especial en evitación de caídas, etc. En fin, una serie de circunstancias que ponen a prueba la competencia y dedicación profesional del médico del balneario, pero en lo que estriba precisamente el interés de esta modalidad del ejercicio profesional. Se procurará que la prescripción balnearia y sus aplicaciones sean más bien suaves en lo que a temperatura, presión y duración se refiere, aún admitiendo que la tolerancia del tratamiento es muy buena para la mayoría de los pacientes.

b) *Indicaciones terapéuticas*

Los grupos de enfermos en que está indicado el tratamiento crenoclimático están bien expresados por el mismo orden de concurrencia balnearia sin discriminación de edad, o sea: Aparato digestivo, reumáticos, respiratorio y circulatorio, metabolismo y nutrición, piel, litiasis renal y sistema nervioso, realmente gran parte de los cronicismos. Debemos suponer que en los últimos años se haya modificado ese orden y sean los reumáticos los que figuren en primer lugar. Sin pretender pormenorizar aquí la patología senil en relación con su tratamiento hidromineral y las aguas indicadas, tanto más que en anteriores publicaciones nos hemos ocupado de aquellos aspectos parciales como las enfermedades circulatorias y reumáticas sobre las que tenemos mayor experiencia, basta decir que si se conjugan

armónicamente, y no es difícil hacerlo, el tipo de dolencia, características constitucionales y resistencia orgánica del sujeto con el tipo de aguas minerales y climatología favorable de la estación, y en España afortunadamente tenemos mucho donde elegir, se guarda la debida prudencia en la conducción de la cura manteniéndose siempre por debajo de la tolerancia y se observan los principios higiénicos generales, los resultados son constantemente buenos, y muchas veces sorprendentes, y eso naturalmente aunque el balneario no puede regresar las manifestaciones involutivas de los años ni tampoco hacer desaparecer lesiones artrósicas avanzadas, pongamos por ejemplo, pero sí puede en cambio corregir trastornos funcionales, influir favorablemente las regulaciones vegetativas haciendo desaparecer dolores y mejorando también el estado general, especialmente cuando se acude no en fases muy avanzadas de la enfermedad sino por el contrario tempranamente aproximándose a una finalidad profiláctica. Las aguas sulfuradas termales oligometálicas o las sulfurado-cloruradas son las indicadas en el tratamiento de los procesos artrósicos de diversa localización, en los reumatismos extraarticulares (periartitis escápulo umeral, bursitis, mialgias y anthesopatías) también en la frecuentísima osteoporosis, en los desequilibrios musculoesqueléticos de la columna lumbosacra, trastornos residuales postoperatorios de la hernia discal y en toda esa patología postraumática hoy tan corriente tras los accidentes de tráfico o las caídas. Como ejemplo de estos balnearios figuran Ledesma, Lugo, Montemayor, Retortillo. Igualmente están indicadas entre las clorurosulfuradas Archena, Liérganes (con acusada especialización respiratoria), Arnedillo. También Caldas de Reyes en esta provincia. Bohí, con sus variados manantiales de diferente temperatura y composición es un importante balneario, pero al igual que su homólogo, Panticosa, puede ser inadecuado en algunos por su clima de altura. La Toja, muy conocida por sus manantiales termales de aguas clorurado-bromurado-sódicas radiactivas para las enfermedades de la piel y clásicamente en los procesos óseos de tipo osteomielítico. Caldas de Besaya con sus aguas de análoga composición pero más sedantes por su radiactividad y discreta termalidad, lo que la hace preferible en reumáticos con deficiente estado general o alteraciones circulatorias. En este último caso con preferencia aún para Puenteviego en la misma provincia, o Santa Coloma de Farnés en Gerona, también Alhama de Aragón, Caldas de Oviedo y El Raposo (Badajoz) con sus aguas cálcicas, hipotermas entrarían en la misma nómina.

La especialización digestiva también, muy importante en nuestro país, incluye una numerosa lista de

balnearios entre los que pueden citarse Cestona, Lanjarón, Marmolejo, Cofrentes, Guitiriz, Caldas de Malavella, Mondariz, en cuya correlación composición-efectos no puedo entrar ahora por falta de tiempo y también por falta de experiencia, al pie de manantial se entiende. Los balnearios de especialización respiratoria encuentran su principal indicación en los procesos O.R.L. y de vías respiratorias altas y descendentes, pero también sus técnicas atmósfericas permiten el tratamiento de las bronquitis crónicas conociendo previamente las circunstancias del tipo lesional y la ausencia de complicaciones como se ha indicado. Son balnearios destacados a este respecto con sus aguas sulfurado-cálcicas, sulfatadas o clorurado-radiactivas las de Liérganes, Fortuna, Caldas de Reyes y Tolox, bien estudiado y acrecentado este último por Campos Manso, pues insisto una vez más, el éxito del tratamiento depende no sólo de la correcta indicación y prescripción sino también de la forma cómo se lleva a cabo y en el último lugar del prestigio y dedicación del médico balneario. Como aguas diuréticas han cobrado fama en España las hipomineralizadas fundamentalmente cálcicas, bicarbonatado-sulfatadas de Corconte, para la litiasis úrica y las de Jaraba, Solán de Cabras, Valdeganga, Lanjarón y Alzola.

III. REHABILITACION EN GERIATRIAS

Rehabilitación es la rama de la medicina que valiéndose de diversos medios, principalmente fisioterápicos, restablece en lo posible la normalidad funcional y psicofísica de la persona afectada de enfermedad, traumatismo o involución senil. En su más amplio concepto puede definirse también como las medidas para la recuperación de personas que sufren marginación o inadaptación social, mental (psíquica) o física (disminuidos) con el fin de que desarrollen una vida laboral y personal normal. Posee indudable autonomía de trabajo como especialidad médica, y actualmente ha alcanzado un enorme desarrollo desde sus albores como complemento de la cirugía castrense a su obligada intervención en la recuperación de lesionados por accidente laboral o de tráfico tan característicos de la complicada vida moderna. Que la rehabilitación tiene un papel importante en geriatría lo demuestra la brillante contribución del Dr. Parreño aquí presente con su obra "Rehabilitación en Geriatría", que sin duda ha venido a llenar un vacío en la bibliografía nacional. Los motivos que obligan a apelar a la rehabilitación en las numerosas situaciones patológicas o de enfermedad que han curado con limitación funcional, también al-

canzan naturalmente a la población geriátrica especialmente en los casos traumáticos, de patología cerebrovascular y degenerática, sin contar el omnipresente reumatismo crónico.

Aunque me ocupé hace años de la rehabilitación de los enfermos cardiovasculares en los balnearios (La Medicina Tropical, nov. 1959) debo reconocer que en el verdadero sentido del concepto, donde la rehabilitación balnearia tiene más interés es entre los reumáticos, bien como iniciación de los procedimientos, o como continuación en el medio balneario y con agua mineral, de las técnicas ya seguidas en su residencia sanitaria o servicio de rehabilitación de procedencia. Para eso, lógicamente, los balnearios deben estar preparados con instalaciones adecuadas y modernas —piscina termal— entre ellas y sobre todo con personal competente y titulado, además de permanencias más prolongadas o repetidas a lo largo de la temporada. Los resultados vistos en Ledesma que reúne plenamente en la actualidad las condiciones exigibles han sido muy satisfactorias, siempre contando con esa participación activa y gustosa del paciente, que a modo psicoterápico debe siempre estar presente.

Menudean los trabajos médicos demostrativos de que la aptitud física y energía de reserva de la población

geriátrica es mucho más alta de la que cabría esperar, como lo demuestran los datos objetivos de las pruebas de esfuerzo en los cardíacos e igualmente la tolerancia a intervenciones importantes como la angioplastia transluminal percutánea. De todas maneras en fisioterapia y terapia por el ejercicio hay que huir de voluntarismos improcedentes o maniobras forzadas con el aumento de riesgo que arrostran, tal cual puede verse en las pruebas a que gustosamente se someten tantas personas de edad con la finalidad de mantenerse en forma, reducir el peso, o las cifras de colesterol en lo que pudiéramos denominar dromomanía o dromoterapia obsesiva (footing, jogging). Hay finalmente otra forma de rehabilitación que debería fomentarse, siempre que fuese, posible en las personas de edad y es la de ocuparse de manera voluntaria y libre en trabajos en beneficio de los demás, o sea de la sociedad, de acuerdo con los propios gustos y aptitudes, en la seguridad que ello repercute muy beneficiosamente tanto en el sentimiento de autoestimación como en el propio equilibrio mental. Lo mismo diríamos por extensión respecto a otras ocupaciones o distracciones, pues de lo que se trata es de evitar caer en el aislamiento siempre acompañante de la más cruda senilidad.

PRINCIPAL BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALBASANZ, J. L. (1956). "Geriatría y aguas minerales". La Med. Col. núm. 6, junio.
- AMELUNG, W. y EVERS, A. (1962). "Handbuel der Bäder u. Klimaheilkunde". Stuttgart.
- ARBELO CURBELO, A. (1988). "Envejecimiento fisiológico". Tribuna Médica, sept.-octubre.
- ARMIGO, M. (1981). "La cura balnearia en el envejecimiento condro-articular". Anales R. Ac. Nac. Medicina, tomo XCVIII, 603.
- BAUMGARTENR, P. (1978). "Médecine thermale et Gerontologie". Presse therm. clim. 115, 121.
- BELTRAN BAGUENA, M. (1956) "Conferencia cursillo Geriatría". Madrid.
- BLANCO SOLER, C. (1961). "Vejez, envejecimiento y la llamada lucha contra la vejez". Real. Ac. Nac. de Med., Madrid.
- GÜRGER, M. (1959). "Causas que conducen a la muerte fisiológica". Comun. Cientif. Schering, núm. 5.
- CUNY, G.; TENETTE, H. y PENIN, F. (1972). "Modalidades y resultados de la reeducación y readaptación de las personas ancianas". La Revue du Practicien, XXII, núm. 2, 201.
- DAUVERCHAIN, J. (1989). "Thermalism et vieillissement". en Crénothérapie en Réadaptation. Masson. París.
- DIAZ, R. (1978). "Thermalisme de l'appareil locomoteur autroisième âge". Presse therm. clim., 115, 123.
- ECHEVARRIA, E. (1952). "Vivimos más, pero envejecimos antes". Real Ac. de Med. de Zaragoza.
- EDITORIAL (1963). "La vejez y su tratamiento". Analec. erap., núms. 54 y 55.
- FLURIN R. y DE LA TOUR, J. (1986). "Mieux comprendre les cures thermales". Exp. Scientifique. París.
- GUALTIEROTTI, R. (1981). "Medicina Termale". Lucisano Ed. Milán.
- GUILLÉN LIERA, F. (1983). "Alimentación, edad y ejercicio físico". en: J. R. PARREÑO. "Tercera Edad Sana". Colección Rehabilitación. Madrid.
- HERMET, R.; BIANCON, A. M y cols. (1986). "La réadaptation fonctionnelle en Gériatrie". Cah. Kinésithér. fasc. 117, núm. 1, 7.
- HERNANDO, T. (1961). "Algunos problemas que plantea la vejez". Yatros, núm. 425, noviembre.
- HESEL, L.; CARRIE, A. y MICHE, J. P. (1986). "Thermalisme et gériatrie". Presse therm. clim., 123, 137.
- JIMENEZ HERRERO, F. (1984) "La Balneoterapia en Geriatría". en "El Thermalismo en Galicia en la década de los ochenta". Xunta de Galicia.

KHAN, J. P. (1984) "Médicine thermale et retour aux sources". Press therm. clim., 121, 159.

LAGIER, B. (1978). "Envejecimiento articular y abordaje anatómico-patológico". La Vie Médicale (ed. española) 102, 22.

LAMARCHE, M.; CUNK, G. y cols. (1969) "Crénothérapie et climatisme chez les personnes âgées en France". J. Méd. Nord-Est. 6, 26.

LICHT, S. (1963) "Medical Hydrology". Connecticut.

MANARA, M. (1951). "Cure thermali e climatiche nella vecchiaia". en Trattato di Idroclimatologia clinica, de M. Messini, t. II.

MESSINA, B. y GROSSI, F. (1988). "Elementi di Idrologia Medica". Soc. Ed. Universo. Roma.

PARREÑO, J. R. (1983). "Tercera Edad Sana". Colección Rehabilitación. Madrid.

PASSERON, J. (1978) "Vejez y envejecimiento". La Vie Médicale (ed. española), 102, 106.

PELICIER, Y. (1980). "Aspectos de la psicología de la persona de edad". La Vie Médicale (ed. española), 120 A, 22.

RIECHEL, Dr. (1962). "Balneothérapie des alternden menschern". Deut. Bäderverband. Bonn.

SALGADO ALBA, A. (1988). "La situación de la asistencia geriátrica en España". Tribuna Médica, noviembre.

SAN MARTIN BACAICOA, J. (1988). "Envejecimiento osteoarticular y Termalismo". Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd. Vol. III, núm. 3, 113.

SAN MARTIN BACAICOA, J. y SAN JOSE ARANGO, M.^a C. (1989). "Paso a través de la piel de los factores mineralizantes de las aguas utilizadas en balneación". Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd. Vol. IV, núm. 1, 27.

VELASCO, R y VELASCO, E. (1979) "Osteoartrosis senil". Comunicación XI Xongr. Nac. Gerontología y Geriátría. Santiago de Compostela.

MOLGAS

balneario.

*Aguas bicarbonatadas, sulfuradas
e hipertermales*

INDICACIONES TERAPEUTICAS:

- REUMATISMOS
- GOTA
- CIÁTICA ARTROSIS
- LUMBAGO
- CARDIOPATIAS REUMATICAS Y SECUELAS TRAUMATICAS
- PIEL Y SISTEMA NERVIOSO

Baños y Chorros

TIPO DE ALOJAMIENTO:

Hotel dos estrellas. 54 personas. Restaurante

Temporada Apertura: Abril a Noviembre

32701 Baños de Molgás. ORENSE.
A 20 kms. de Allariz y 33 kms. de Orense
Teléfono: (988) 43 02 46