

NEWSLETTER

DE LA ASOCIACIÓN DE EX FUNCIONARIOS



VOLUMEN XVII, NO. 2

OCTUBRE, 2006



La vida de estos niños que viven en una pequeña aldea de la India ha mejorado gracias a Sam Koilpillai, funcionario retirado de la OPS, a quien llaman “thatha” o abuelo (Ver historia en la página 2)

CONTENIDO

Cómo tener acceso a la intranet de la OPS	2
¡Saludos desde la India!	2
Vacuna nueva contra el Herpes Zóster	3
¿Qué estamos haciendo ahora?	4
¡Aunque tenga solamente un poco de sobrepeso puede estar en riesgo de morir prematuramente!	5
Nutrición, actividad física y envejecimiento saludable	6
<i>In Memoriam</i>	9
Ultima página	

CÓMO TENER ACCESO A LA INTRANET DE LA OPS

Si está conectado a la web y tiene una dirección de correo electrónico ahora puede, como personal jubilado, tener acceso a la intranet de la OPS. Para hacerlo, primero debe obtener una contraseña del administrador del sistema de la OPS.

Para obtener una contraseña haga lo siguiente:

1. En su navegador de la web (Internet Explorer, Netscape, etc.) escriba la siguiente dirección:

<http://intranet.paho.org/login/LogIDAdd.asp>

APARECERÁ UNA PANTALLA DE CONTRASEÑAS DE INTRANET

2. En las casillas adecuadas deberá mecanografiar su dirección de correo electrónico y su nombre. Después, en el último recuadro, escriba lo siguiente: "Soy jubilado de la OPS"; SOLO ENTONCES HAGA CLIC EN "SUBMIT".

3. Usted recibirá un mensaje del administrador de sistemas de la OPS en las siguientes 24 horas en su dirección de correo electrónico con una contraseña que le permitirá conectarse a la Intranet de la OPS.

4. Una vez que reciba su contraseña podrá tener acceso a la intranet de la OPS. Para conectarse deberá mecanografiar la siguiente dirección:

<http://intranet.paho.org>

5. Mecanografie su dirección de correo electrónico y su contraseña en las casillas y botón correspondientes, y luego haga clic en el botón LOG IN.

6. Una vez que tenga frente a usted la página web, seleccione STAFF SERVICES para llegar a la página de la Asociación de Ex Funcionarios de la OPS/OMS.

Nota: Si Ud. tiene alguna dificultad para seguir estas instrucciones, contacte por favor a la Sra. Cristina Mitchell (mitchelc@paho.org) o a la Sra. Marina Molina (molinama@paho.org) o teléfono 202/974-3312, de la OPS.

SALUDOS DE LA INDIA

por Samuel Koilpillai

Me jubilé en 1988, después de trabajar en la sede de la OPS en Washington y en varias representaciones de la OPS en países del Caribe durante 26 años. Luego de la jubilación, volví a mi país natal, la India, con sueños de comenzar un proyecto de servicio social. Una vez seleccionada una zona rural en un distrito atrasado en la India Meridional y después de conseguir los locales

necesarios y crear la infraestructura, el proyecto se inició en 1991, cerca de Hosur Town, a unos 50 kilómetros de Bangalore.

Empezó en pequeña escala, con un orfanato para tres bebés y un dispensario de atención primaria de salud con dos médicos, una enfermera y dos ayudantes para atender a personas pobres o subatendidas de los pueblos de la región. Pero, hoy en día, contamos con un Hogar de Niños en pleno funcionamiento con 65 niños, cuyas edades varían desde 1 día de nacido a 14 años, y hay un programa activo de adopción. El consultorio ha crecido para convertirse en un hospital rural de 22 camas con un programa de extensión que lleva atención médica de calidad, preventiva y curativa, a los pueblos situados en un radio de 25 kilómetros. El programa atiende a un mínimo de 10.000 personas anualmente.

Para darles una idea de lo ocupado que han sido estos años de mi jubilación, a continuación les presento un breve recuento.

Al Hogar de Niños ingresan continuamente lactantes abandonados y no deseados: alrededor de 10 por mes. Al mismo tiempo, cada mes, se entregan de 5 a 8 a niños para su adopción por personas de la India. Tal vez les interese saber que desde 1991 hasta la fecha, hemos dado albergue y atención a cerca de 320 niños; y hemos encontrado hogares permanentes (algunos de ellos prósperos) para casi 200 de ellos.

La mayoría de los ingresos son niñas recién nacidas, entregadas por los padres porque son demasiado pobres para criarlas o para darles una dote cuando crecen. Varias de esas niñas fueron rescatadas de las garras del infanticidio femenino que se practica ampliamente aquí. Muchos de los bebés sufren desnutrición, enfermedades graves o malformaciones congénitas.

Para estos y otros niños enfermos, brindamos la atención médica necesaria en nuestro propio hospital. A veces hace falta la atención de especialistas costosos o de operaciones quirúrgicas; para ello, se acude a los hospitales de atención terciaria en Bangalore. Sin embargo, la mayoría de los niños crecen y se desarrollan normalmente.

El costo de funcionamiento del Hogar de Niños ha aumentado considerablemente en los últimos años porque más de 50% de los niños son bebés que requieren alimentos costosos y servicios médicos o quirúrgicos, así como seguimiento las 24 horas del día. El costo mensual de funcionamiento del Hogar de Niños es de cerca de US\$ 4.500 —lo que representa un promedio de \$69 por niño, por mes.

Para afrontar este costo, dependemos principalmente de contribuciones de amigos en los Estados Unidos. Estas donaciones se canalizan a través de una organización benéfica sin fines de lucro, denominada Community Uplift Projects (CUP) International, registrada en Maryland, Estados Unidos. Las donaciones a la CUP son deducibles de los impuestos y pueden enviarse a: CUP Internacional, 17517 Reina Elizabeth Dr., Olney, MD 20832, EUA.

Proyecto de servicios de salud

Como ya se ha mencionado, el proyecto de servicios de salud también ha crecido enormemente desde su inicio en 1991. Consta de un programa comunitario de salud en los pueblos vecinos, con consultorios móviles para dar atención curativa, “campamentos de salud” para hacer el tamizaje de diversas enfermedades y afecciones como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, cataratas, etc., e impartir educación sanitaria a grupos de población vulnerables en temas como asistencia prenatal, enfermedades transmisibles, agua potable, salud ambiental, higiene personal, etc.

Además, se estableció un hospital rural de servicio completo con servicios modernos de diagnóstico y obstetricia y atención de urgencia las 24 horas del día y los siete días de la semana. Por lo tanto, las personas de las comunidades rurales de esa zona ahora tienen acceso a la atención médica de calidad que no tenían anteriormente.

Mi esposa y yo estamos muy contentos de que el proyecto de servicio social en la India, Anantha Ashram (que significa “un refugio para los valores eternos” como amor y caridad), no solo está beneficiando a miles de personas pobres y necesitadas, sino también porque ha sido una fuente de extraordinaria satisfacción y bendiciones para nosotros durante nuestros años de jubilación.

Permítanme concluir este breve relato con una invitación: si vienen a la India y por cualquier motivo visitan la zona de Bangalore, por favor hagan planes para vernos en Hosur y de ser posible pasar unos días con nosotros. Nuestro número de teléfono es el: 011-91-4344-262-190; dirección de correo electrónico: samargaret@sify.com. Nuestra dirección de correo electrónico en los Estados Unidos es: cupinter@netzero.net. Nos encantaría tener noticias de usted.

VACUNA NUEVA CONTRA EL HERPES ZÓSTER*

Un adelanto médico reciente de gran importancia es la obtención de una vacuna contra el herpes zóster (o culebrilla).

Más de un millón de estadounidenses —la mayoría de ellos de más de 60 años— padecerán el herpes zóster en 2006. El herpes zóster es una infección vírica que suele ser leve y de poca duración, pero que puede ocasionar un dolor crónico debilitante por meses o años.

El virus que causa la varicela también puede causar la culebrilla en los adultos. Después de una infección de varicela, el virus queda en el cuerpo, se instala en el tejido nervioso cerca de la médula espinal, y allí permanece latente... para siempre, si uno tiene suerte. Sin embargo, el virus puede reactivarse —por diversas razones— y luego desplazarse a lo largo de las fibras nerviosas hacia la piel, donde causa la culebrilla.

El primer síntoma de la culebrilla es un dolor ardiente, de cosquilleo o de picazón en un lado de la cara o el cuerpo; después de unos tres a cinco días aparece una erupción cutánea dolorosa, con ampollas, que dura varias semanas. Algunos pacientes quedan con un dolor persistente, llamado neuralgia posherpética, que puede prolongarse por meses y hasta años después de que desaparece la erupción cutánea.

No hay ningún tratamiento especial para el herpes zóster. Las cremas y las lociones tópicas pueden aliviar el dolor, pero a menudo hace falta un tratamiento más potente con opioides (narcóticos). La mejor forma de reducir las probabilidades de sufrir la aterradora neuralgia posherpética es comenzar a tomar un medicamento antivírico, como el aciclovir, tan pronto se sospecha de un caso de herpes zóster, de preferencia dentro de las 24 horas que siguen a la aparición de los síntomas.

En los Estados Unidos se acaba de aprobar una vacuna nueva (comercializada como *Zostavax*) para las personas de 60 años o más que tuvieron alguna vez la varicela y para aquellas cuyo sistema inmunitario no haya sido afectado por el cáncer, el VIH, la tuberculosis activa, los esteroides u otros medicamentos inmunodepresores. Se requiere una sola inyección y costará cerca de

US\$ 150. **El seguro de salud de la OPS/OMS cubrirá el costo de la inyección.** Esta vacuna disminuye en 51% las probabilidades de contraer el herpes zóster. (Para los que llegan a padecerlo, el ataque debería ser mucho menos grave.)

Los efectos colaterales de la vacuna son mínimos: dolor, sensibilidad e hinchazón en el sitio de la inyección y tal vez una cefalea leve.

*Publicado en el suplemento *Parade* de *The Washington Post*, 27 de agosto de 2006

¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO AHORA?

por Gloria Khokhar

¿Quién dijo que no había vida después de la OPS? La OPS fue solo una etapa de la vida, cuando nuestras horas de trabajo se administraban de acuerdo a las prioridades de otros niveles más altos de gerencia, los plazos, los trabajos urgentes y los estallidos temperamentales de ... quienquiera que fuese la persona que teníamos que soportar. Pero eso era antes; ahora estamos disfrutando realmente de la vida y fijando nuestras prioridades. Cualquier plazo que nos impongamos es nuestro y, lo que es más importante, podemos aprovechar nuestros brotes de energía y creatividad.

Estamos ocupados, muy ocupados, con proyectos actuales o planificando los próximos. Esa es la idea que sustenta esta sección nueva del *Newsletter*. Les dejaremos saber en pocas palabras lo que estamos haciendo, dónde, y cómo comunicarse con nosotros, en caso de que estén interesados en saber más acerca de lo que hacemos o si quiere unirse a nosotros.

Nos gustaría presentarlo aquí; para ello, envíe una nota por correo ordinario o por correo electrónico, o llame a:

Gloria Silvestre Khokhar
Correo electrónico: gloriaskho@yahoo.com
Tel. 703/425-9406
9975 Cyrandall Dr.
Oakton, VA. 22124
Estados Unidos de América

El *Newsletter* ya ha presentado a los siguientes miembros de la Asociación de Ex Funcionarios de la OPS/OMS. Para facilitar la consulta, y en caso de que usted quiera leer el artículo completo, encontrará la referencia entre paréntesis.

Álvaro Uribe Acevedo: Vive en Santa Fe de Bogotá, Colombia. Admirador entusiasta de la

música, cuenta con una colección amplia de música en diferentes formatos, desde discos antiguos hasta DVD. Ha ampliado sus conocimientos y proseguido su interés en la música sinfónica y en la ópera; con frecuencia viaja a diferentes países para asistir a conciertos importantes. Participa en un grupo de discusión de amantes de la música llamado "Euterpe" y está escribiendo sus memorias. Correo electrónico: auribe@isoft.net (*Newsletter*, vol. XV, no. 3, de diciembre de 2004).

Helena Restrepo: Vive en Cali, Colombia. Verdadera admiradora de la música y la pintura que está disfrutando a plenitud su "edad de oro de la jubilación". Toma cursos de apreciación musical, de la evolución de la música clásica, los estilos de música, la ópera y el psicoanálisis, del desarrollo histórico de la música y la literatura modernas. En resumen, ha encontrado "la liberación como resultado de un contacto profundo e íntimo con la buena música". Correo electrónico: restrepoh@telecast.com.co (*Newsletter*, vol. XV, no. 3, de diciembre de 2004).

Luis Odría: Vive en Orlando, Florida, Estados Unidos. Desde 1995 ha venido trabajando para varias empresas privadas y ha ganado premios como el mejor empleado. Es una autoridad bien reconocida en el arte del toreo. Ha escrito dos libros sobre el tema (ilustrados por él) que se han publicado en España: "El arte del toreo y los secretos de la lidia" y "Cronología histórica del toreo 1526-2003". Tel.: 407/886-5016 (*Newsletter*, vol. XV, no. 2, de agosto de 2004).

Solum Donas: Vive en San José, Costa Rica. Tiene muchos intereses artísticos. Entre sus actividades actuales está pasando su colección de fotografías tradicionales a formato digital. Trabaja activamente en la pintura, y en la escultura utiliza la madera y el hierro; disfruta exponiendo sus obras de arte, además de escribir poesía, cuentos y ensayos. Correo electrónico: solumct@gmail.com (*Newsletter*, vol. XVI, no. 2, de agosto de 2005).

Sumedha Khanna: Vive en Gualala, California, Estados Unidos. Es director de un Centro llamado "Curarse bien", donde se centra en la comunicación con las mujeres de su comunidad para mejorar su salud mediante la integración del cuerpo, la mente y las prácticas espirituales. Está colaborando con el Instituto de Ciencias Noéticas sobre el concepto de medicina integral. Correo electrónico: khannas@mcn.org (*Newsletter*, vol. XVI, no. 2, de agosto de 2005).

Destacados

En cada número de este *Newsletter* presentaremos a un miembro de la Asociación de Ex Funcionarios de la Organización Mundial de la Salud en los Estados Unidos y a un miembro que viva en otro país. En esta publicación:

Carmen Anderson: Trabajó en la OPS durante 29 años y una de sus tareas más importantes fue la de asistente administrativo de la Dra. Elsa Moreno, en el Programa de Salud Maternoinfantil. Actualmente vive en Arlington, Virginia, Estados Unidos. Carmen está más activa que nunca. Sus intereses van desde el ejercicio físico, levantamiento de pesas, yoga y Pilates, hasta disfrutar y aprender más acerca del arte. Es una estudiante disciplinada de francés y de piano y además es docente bilingüe en el Museo Nacional de Mujeres en el Arte. Si quiere preguntarle a Carmen los detalles de sus actividades o cómo colaborar con ella, puede llamarla al 703/532-7622 o escribirle a correo electrónico: andersoc@juno.com

Elsa M. Moreno: Trabajó en los campos de la salud pública y la salud maternoinfantil durante 47 años. Durante sus años en la OPS, desempeñó los cargos más altos en estas especialidades en varios países así como en la Sede. Durante el Centenario de la OPS (2002) fue distinguida como Héroe de la Salud Pública en las Américas. Vive en Tucumán, Argentina, su ciudad natal, y trabaja activamente como asesora, consultora y profesora para formar a los futuros líderes de la salud pública. Elsa tiene muchos intereses y pertenece al "Grupo Alberdi" un grupo multicultural donde disfruta de la compañía y la conversación de intelectuales conocidos y de personas prominentes. Está orgullosa de los muchos amigos que hizo en la OPS. Puede comunicarse con ella por el teléfono: 54 81 22 69 04 o por correo electrónico: emoreno@tucbbs.com.ar

Fuentes y contactos:

Arte: Museo Nacional de Mujeres en el Arte.
Carmen Anderson: Teléfono 703/532-7622
y: andersoc@juno.com

Toreo: Luis Odría: Tel. 407/886-5016

Salud y curación: Sumedha Khanna: Teléfono: 707/785-2566 y: khannas@mcn.org

Salud maternoinfantil: Elsa Moreno: Teléfono: 54-381-422-6904 y: emoreno@tucbbs.com.ar

Música: apreciación, música clásica, discusión, ópera, grabaciones:

-Helena Restrepo: Tel.: 572-893-1495 y: restrepoh@telecast.com.co

- Álvaro Uribe Acevedo: Tel.: 571-211-5418
y: auribe@isoft.net

Esculturas en madera y hierro: Solum Donas:
solumct@gmail.com

Publicado en USA TODAY: La definición que dan los diccionarios sobre la jubilación: desaparecer, irse.

Nuestra definición de jubilación: ¡Conectarse, reinventar, la libertad!

¡AUNQUE TENGA SOLAMENTE UN POCO DE SOBREPESO PUEDE ESTAR EN RIESGO DE MORIR PREMATURAMENTE!*

Un estudio amplio del gobierno de los Estados Unidos ha revelado que las personas de cincuenta años que tienen algo de exceso de peso tienen 20 a 40% más probabilidades de morir en los próximos diez años. Otro estudio que incluyó a más de 1 millón de adultos coreanos dio resultados similares.

Los resultados fueron bien recibidos por los expertos en salud pública y obesidad como una prueba contundente de que las personas deben hacer todo lo que esté a su alcance para mantener un peso normal.

Hoy en día, alrededor de dos terceras partes de los estadounidenses tienen exceso de peso, y de esas personas, cerca de una tercera parte son obesas. Se considera que una persona cuyo índice de masa corporal (IMC) sea de 25 a 29,9 tiene sobrepeso, y si su IMC es de 30 o más se considera obesa.

Cómo calcular su índice de masa corporal: **

Utilice la fórmula $IMC = \frac{\text{Peso (Kg.)}}{\text{estatura (m}^2\text{)}} \text{ o sea que se calcula dividiendo el peso en Kilogramos por la estatura o talla en metros elevada al cuadrado.}$

Los estudios revelan claramente que la obesidad aumenta el riesgo de sufrir un sinnúmero de dolencias, entre otras cardiopatías, diabetes mellitus, cáncer y artritis, y que las personas obesas tienen mayores probabilidades de morir prematuramente.

* Adaptado de un informe publicado en *The Washington Post*, 23 de agosto de 2006. En esta versión, para el cálculo del IMC se utiliza el sistema métrico decimal.

**Se anota que en el *Newsletter*, Vol. XV, No. 2, Agosto 2004 se presentó una tabla para calcular el índice de la masa corporal.

NUTRICION, ACTIVIDAD FISICA Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

por Carlos Hernán Daza*

Cuando se habla de envejecimiento saludable conviene recordar los factores epidemiológicos que determinan el estado de salud o de enfermedad en esta etapa de la vida y referirse en particular a dos de los principales factores de riesgo que condicionan la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como son el régimen alimentario y la actividad física en todas las edades.

Asimismo, se deben tener en cuenta otros factores de riesgo relacionados, tales como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, escasa ingesta de frutas y hortalizas, exceso de peso u obesidad, falta de actividad física y consumo de tabaco. Cinco de estos factores están estrechamente asociados con la mala alimentación y la poca actividad física.

Los factores determinantes de las enfermedades no transmisibles son generalmente los mismos en toda la población: consumo excesivo de alimentos hipercalóricos poco nutritivos y alto contenido de grasas, azúcares y sal; menor actividad física en el hogar, la escuela y el medio laboral; poca recreación y mayor uso de transporte mecanizado. En el adulto mayor el sedentarismo y la insuficiente actividad física son factores contribuyentes y significativos de este problema.

Mientras que los efectos de la alimentación y la actividad física sobre la salud suelen interactuar, sobre todo en el caso de la obesidad, la actividad física de por sí aporta beneficios adicionales independientes de la nutrición y el régimen alimentario. Por esta razón, la actividad física es fundamental para conservar y mejorar la salud física y mental de las personas.

Un enfoque racional de los problemas nutricionales que afectan la tercera edad es considerarlos a la luz de la triada epidemiológica: huésped, agente y medio ambiente. Desde esta perspectiva, los elementos más importantes del *huésped* son los cambios biológicos que surgen con la edad y los efectos que tienen las enfermedades agudas y crónicas.

Los factores que se relacionan con el *agente* son las deficiencias de energía y nutrientes específicos en la dieta, las interacciones entre nutrientes, los efectos de factores no-nutricionales en el régimen alimentario y en algunos casos los excesos dietéticos. De importancia igual o mayor son los factores inherentes al *medio ambiente* físico, biológico y social que afectan la nutrición de la tercera edad.

Aunque los ancianos tienen mayor riesgo de sufrir deficiencias nutricionales, estas varían según grupos geográficos y socioeconómicos, y asimismo entre individuos y grupos de población. Hay otros factores que afectan la salud y el bienestar de este grupo etario, incluyendo la enfermedad o el deterioro físico y mental, la soledad, el aislamiento social, la pérdida de seres queridos, los hábitos alimentarios erróneos y la pobreza.

Mientras que el *huésped* cambia con el tiempo y el envejecimiento es inevitable, las variaciones individuales son grandes como resultado de influencias genéticas y ambientales, incluyendo la adecuación nutricional. De ahí que la edad cronológica es un predictor relativamente pobre del estado fisiológico del individuo en este grupo de edad (Scrimshaw, N.)

Se sabe que la ingesta de energía en poblaciones afluentes declina con la edad, quizás como respuesta a una disminución de la actividad física. En la séptima y octava décadas de la vida el consumo de alimentos se reduce y esto es aun mayor en hospitales e instituciones geriátricas, lo cual puede llevar a niveles de ingesta incompatibles con la realización de una actividad física suficiente, o aún para satisfacer las necesidades metabólicas mínimas y el mantenimiento de la masa corporal.

Las necesidades energéticas del adulto mayor se determinan actualmente dándole prioridad a la cantidad e intensidad de la actividad física realizada y en menor grado al consumo de energía. Es importante mantener la tonicidad del músculo, el volumen de masa muscular y un buen nivel de actividad física, mediante la realización de ejercicio diario suficiente.

Una disminución de los tejidos magros, de la tonicidad y la masa muscular, acompañada de menor apetito conducirá a un riesgo creciente de carencias de vitaminas, minerales y proteína. La actividad física restringida y la ausencia de una sensación de bienestar pueden conducir al aislamiento progresivo y al deterioro psico-social de la persona.

En la tercera edad, una de las medidas preventivas y de promoción de la salud más importante es el incremento de la actividad física moderada de tres horas diarias que incluya caminar y moverse dentro y fuera del hogar; y veinte minutos de ejercicio aeróbico de piernas y brazos para mantener la eficiencia cardiovascular y la sensación de bienestar.

El tipo e intensidad del ejercicio debe adaptarse a las limitaciones individuales que puedan existir, pero incluso la persona con artritis o dificultades para caminar necesita incrementar el ejercicio y así el gasto energético. Cambiar la actitud del adulto mayor para que mantenga una actividad física constante durante toda su vida puede ser una de las medidas preventivas más importantes para mantener la salud en la tercera edad (James, W.P.T.).

Durante el proceso de envejecimiento se produce una disminución progresiva de la proteína tisular como resultado de la reducción del tamaño de la masa muscular esquelética. Estos cambios se acompañan de una modificación en el patrón global de síntesis y fraccionamiento de la proteína corporal, que se estima en 30 por ciento para el adulto joven y 20 por ciento o menos en el adulto mayor.

Las consecuencias de una ingesta insuficiente de proteína se expresan en cambios de tipo bioquímico y funcional de diverso grado en el ser humano de cualquier edad. Sin embargo, la edad avanzada impone riesgos adicionales en el desarrollo de cambios inducidos por la dieta sobre el metabolismo proteico y de aminoácidos, lo cual compromete la capacidad de la célula y los órganos para responder adecuadamente a estímulos debilitantes (Young, V.R. et al.).

Los aminoácidos esenciales deben proveer por lo menos el 3 por ciento de la energía alimentaria total. El nivel óptimo está entre 6 y 10 por ciento. La grasa de la alimentación debe aportar del 25 al 30 por ciento de la energía total. Estas proporciones pueden ser un poco mayor en sociedades que tradicionalmente consumen dietas altas en grasa y algo menor en aquellas con patrones más bajos. No existen razones válidas para recomendar un límite mayor de ingesta de colesterol en el anciano pero sí el consumo de una variedad de alimentos ricos en carbohidratos que proporcionen por lo menos el 55 por ciento de sus necesidades energéticas (Forum, K.R. et al.).

No se tiene información concluyente para sustentar la hipótesis de que el adulto mayor se beneficia menos que una persona joven con el incremento del consumo de fibra dietética. Por el contrario, existen estudios en este grupo de edad que demuestran la utilidad de la fibra dietética en el tratamiento de la constipación intestinal. Las dietas con alto contenido de fibra no absorbible, tales como suplementos de trigo resquebrajado (salvado) o productos de fibra vegetal higroscópica

(e.g., Metamucil) se aceptan actualmente para el manejo prolongado de estas condiciones.

Además de su uso en el tratamiento de la constipación intestinal y el síndrome diverticular, las dietas altas en fibra pueden estar específicamente indicadas en la diabetes. Sería útil aconsejar, cuando sea posible, que el adulto mayor aumente el consumo de una variedad de alimentos ricos en fibra, tales como vegetales, frutas, leguminosas y cereales, en vez de consumir exclusivamente cereales como suplementos. La nutrición de minerales debe vigilarse y la suplementación con sales de calcio y hierro puede ser recomendable.

Los nuevos alimentos se deben incorporar paulatinamente en la dieta y su selección y preparación debe hacerse teniendo en cuenta las deficiencias nutricionales existentes, la palatabilidad y los problemas dentales que puedan existir. Una dieta bien diseñada debería incluir, por ejemplo, pan integral, puré de frijoles o alverjas, y frutas cocidas entre otros (Jenkins, D.J.A. et al.).

Existen razones teóricas para creer que con el avance de la edad pueden ocurrir cambios en el potencial químico del agua intersticial e intracelular lo cual haría más fácil la pérdida de agua corporal en este grupo de edad. Sin duda, la deshidratación en el adulto mayor es más peligrosa que en las personas jóvenes y así la terapia con diuréticos se debe hacer con cuidado en pacientes de edad avanzada (Steen, B.).

Varios países han formulado recomendaciones sobre ingesta de vitaminas en personas mayores (hasta 50 años) pero ninguno ha resuelto adecuadamente el problema de como los requerimientos nutricionales cambian en los años subsiguientes. Aun más, solo un país, los Estados Unidos de América, ha formulado estimaciones o recomendaciones para la ingesta diaria de 13 vitaminas esenciales.

En vista de la popularidad que ha alcanzado el uso creciente de megavitaminas en el grupo de la tercera edad, especialmente aquellas como el ácido ascórbico o vitamina C, y el tocoferol o vitamina E, a las cuales se atribuyen propiedades para retardar el proceso de envejecimiento, será necesario definir niveles máximos para el consumo de estas vitaminas (Wahlqvist, M.L. et al.).

Los requerimientos de minerales y las recomendaciones de ingesta para el adulto mayor se han estimado generalmente mediante la extrapolación de estudios en grupos juveniles. Varios nutrientes, por ejemplo, calcio, fluor, selenio, zinc, cobre y cromo, pueden en teoría relacionarse con el

proceso de envejecimiento, y se han demostrado beneficios en estudios controlados de suplementación con algunos de estos nutrientes.

Sin embargo, no parece que los riesgos de salud asociados con la edad se puedan atribuir a estimaciones erróneas de los requerimientos o a las recomendaciones sobre consumo de nutrientes, y más bien a la incapacidad de las dietas habituales de los ancianos para satisfacer sus requerimientos.

Para varios nutrientes minerales, los problemas de salud que se manifiestan por su deficiencia se inician a una edad temprana por la depleción gradual de las reservas corporales. Las intervenciones para prevenir esa depleción son tan importantes como los esfuerzos para restablecer las reservas corporales (Mertz, W.).

La anemia nutricional significa habitualmente deficiencia de hierro, deficiencia proteica o, con menor frecuencia, deficiencia de folato, y la prevalencia de estas deficiencias en el adulto mayor refleja la situación de la población general, con algunas salvedades.

El adulto mayor es menos susceptible a la deficiencia de hierro por una reducción de los requerimientos de este nutriente y lo más probable es que, cuando se presente, obedezca a una anemia debida a procesos inflamatorios crónicos. A pesar de este hecho y dada la mayor prevalencia de la deficiencia de hierro en la población general, el problema continúa recibiendo gran atención incluyendo en el adulto mayor (Finch, C. A.).

Las personas mayores se enferman con más frecuencia que el adulto joven y las características de la enfermedad se enmarcan en un patrón de morbilidad por causas comunes, tales como infecciones, cáncer, desordenes de tipo inmunológico y de autoinmunidad, y enfermedades degenerativas, todo lo cual sugiere una disminución de la inmuno-competencia asociada con el envejecimiento.

Dado que la nutrición es un determinante crítico de la inmunidad, es pertinente considerar si los problemas nutricionales contribuyen a disminuir la inmunidad e incrementar la morbilidad en el adulto mayor.

Estudios recientes sugieren que la corrección de las deficiencias nutricionales mejora la respuesta inmunitaria del individuo, incluyendo los niveles de anticuerpos después de la inmunización para enfermedades infecciosas comunes. Es de esperarse que una mejoría de la nutrición

contribuya a disminuir la carga de la enfermedad en la población general y el adulto mayor en particular (Chandra, R.K.).

Complementando los planteamientos de los párrafos precedentes, se transcriben a continuación los principales acuerdos aprobados por la 57ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2004) bajo el título *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud* que reviste primordial importancia para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a la población general y al grupo de la tercera edad.

La meta general de la Estrategia Mundial es promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física.

La Estrategia Mundial tiene cuatro objetivos principales:

- 1) reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles asociados a un régimen alimentario poco sano y a la falta de actividad física, mediante una acción de salud pública integral y medidas de promoción de la salud y prevención de la morbilidad;
- 2) promover una percepción y conocimiento global sobre la influencia del régimen alimentario y la actividad física en la salud, así como del impacto positivo de las intervenciones de prevención;
- 3) fomentar políticas y planes de acción encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física en toda la población con la participación activa de todos los sectores públicos y privados, sociedad civil y medios de difusión;
- 4) seguir de cerca los estudios científicos y los principales efectos sobre el régimen alimentario y la actividad física; respaldar las investigaciones sobre el tema incluyendo la evaluación de las intervenciones; e incrementar los recursos humanos para mejorar y mantener la salud.

Hay pruebas de que, cuando se controlan otros peligros y riesgos para la salud, las personas pueden mantenerse sanas después de los 70, 80 y 90 años de edad si adoptan comportamientos que promuevan la salud, una alimentación sana y

la actividad física regular y adecuada, y eviten el consumo de tabaco.

Con respecto a la dieta se formulan las siguientes recomendaciones:

- Lograr equilibrio energético y un peso normal;
- Limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans;
- Aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como legumbres, cereales integrales y frutos secos;
- Limitar la ingesta de azúcares libres;
- Limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada.

La dieta abarca todos los aspectos de la nutrición, tanto la alimentación excesiva como la desnutrición, la carencia de micronutrientes y el consumo excesivo de ciertos nutrientes; la seguridad alimentaria (accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad a los alimentos); y la inocuidad y calidad de los productos alimenticios que se consumen.

La actividad física es un factor determinante del gasto de energía y, por lo tanto, del equilibrio energético y el control del peso. Reduce el riesgo relacionado con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, y presenta ventajas considerables en relación con muchas enfermedades, además de las asociadas con la obesidad.

Sus efectos beneficiosos sobre el síndrome metabólico se relacionan con mecanismos que van más allá del control del peso corporal excesivo. Por ejemplo, reduce la tensión arterial, mejora el nivel del colesterol, de lipoproteínas de alta densidad, mejora el control de la hiperglucemia en las personas con exceso de peso, incluso sin que tengan que adelgazar demasiado, y reduce el riesgo de los cánceres de colon y de mama en las mujeres.

En relación a la actividad física, la Estrategia Mundial recomienda que las personas se mantengan suficientemente activas durante toda la vida. Según el tipo y la intensidad de la actividad física se logran diferentes resultados en la salud: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada, con una frecuencia casi diaria, reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de diabetes, así como de los cánceres de colon y de mama.

Un fortalecimiento de la musculatura y el adiestramiento para mantener el equilibrio permiten reducir las caídas y mejorar el estado funcional de las personas de edad avanzada. Para controlar el peso puede ser necesario un mayor nivel de actividad física que la recomendada.

En resumen, se trata de promover una dieta sana y una actividad física regular a través de todas las etapas de la vida, de manera que el envejecimiento progresivo se cumpla dentro de un proceso en que las prácticas y hábitos de salud son parte integral de una buena calidad de vida.

Sería deseable que la Asociación de Ex Funcionarios de la OPS desarrolle un proyecto para la promoción de estilos de vida saludable donde la actividad física y la nutrición se conviertan en el accionar diario de todos los asociados.

Asimismo, como elemento catalizador y de estímulo al secretariado de la OPS para darle mayor relevancia a los programas de promoción de un envejecimiento saludable que incluya acciones de nutrición y actividad física.

Referencias:

Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Resolución WHA57.17.

Nutrition in the Elderly. Edited by A. Horwitz et al. Published on behalf of WHO by Oxford University Press, New York, 1989.

*Artículo preparado para el Panel Sobre Envejecimiento Saludable, Segundo Encuentro Internacional de AFSM, Buenos Aires, Abril 25-28, 2006.

IN MEMORIAM

Joseph J. Mascolo	22 mayo 2002
Mary T. Meagher	30 june 2003
Mario Galdós	22 agosto 2004
Frank A. Butrico	25 septiembre 2005
Luis Meléndez	20 diciembre 2005
Dorothy Blake	15 enero 2006
Mauricio Martins da Silva	23 febrero 2006
Naim H. Kent	1 marzo 2006
Guillermo Boquin	1 marzo 2006
José S. Barzelatto	7 abril 2006
Guillermo Varas	8 mayo 2006
Conrado Oreste Ristori	9 mayo 2006
Juan José Sagardia	22 junio 2006
Rodrigo F. Donoso Pueima	28 junio 2006
Carlos Ferrufino	12 agosto 2006
Eduardo H. Sarué	14 agosto 2006

ÚLTIMA PÁGINA

Nos gustaría conocer las necesidades de los miembros de la AFSM. Tal vez no estamos en condiciones de resolver todos los problemas, pero tenemos acceso a recursos que podrían ser utilizados. Podremos ayudar de alguna manera o referirlos al recurso adecuado.

También nos gustaría recibir sus contribuciones para el *Newsletter*, ya sea en artículos para publicación o comentarios sobre el contenido. ¿Qué tipo de artículos prefiere? ¿O hay algunos que deben ser eliminados? ¿Estamos omitiendo algo que debería ser incluido?

Para comunicarse con nosotros escriba a:

AFSM c/o PAHO
525 23rd Street NW
Washington DC 20037-2895

Ejecutivos:

Nancy Berinstein, ('08) Presidente
(301) 229-3162
nancy.berinstein@verizon.net

Jan Barahona, ('07) Vicepresidente
(202) 362-3159
jan@barahona.com

Carol Collado, ('08) Secretaria
(301) 384-1212
collado@verizon.net

Luzmaría Esparza, ('06) Tesorera
(301) 587-3973
luzmaria@esparza.org

Vocales:

Jaime Ayalde, ('07)
(301) 983-0569
jayalde@aol.com

Mario Boyer ('06)
(301) 229-9547
mboyer4943@aol.com

Carlos Daza ('06)
(302) 309-1528
cardaza@comcast.net

Germán Mora ('07)
(301) 762-1612
tempofutur@aol.com

Hortensia Saginor ('08)
(301) 654-7482
isaginor@aol.com

Nota: El mandato de cada miembro de la Junta Directiva termina en diciembre del año indicado.

Afiliación y Actividades socioculturales

Coordinadora - Hortensia Saginor
Vocal - Luzmaría Esparza

Actividades en el campo

Coordinador - Germán Mora
Vocales - Jaime Ayalde, Mario Boyer

Comité de salud y del seguro de enfermedad

Coordinador - Carlos Daza,
Vocales - Jan Barahona, Mario Boyer, Carol Collado

Comité Editorial

Coordinadora - Jan Barahona
Vocales - Jaime Ayalde, Mario Boyer, Muriel Vasconcellos

Miembro facilitador de la AFSM

Carol Collado

Asociación de Personal y Cooperativa de Crédito

Enlace - Luzmaría Esparza