

El Residente

REVISIÓN - PUNTO DE VISTA

Definición y objetivos de la geriatría

Flor María Ávila Fematt*

RESUMEN. La geriatría es la rama médica dedicada al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares. Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas. Su objetivo fundamental es la conservación de la autonomía y la autovalía del adulto mayor utilizando abordajes que integren las enfermedades de mayor prevalencia, las más discapacitantes y aquellas que condicionan dependencia. Con un horizonte dominado por la patología crónica, la geriatría propone mejores formas de gestionar la enfermedad diseñando modelos de cuidados progresivos en donde participe tanto el equipo multidisciplinario de salud, el adulto mayor, la familia y la sociedad entera. La geriatría moderna inicia en Europa a principios del siglo XX, pero es hasta principios de los ochenta que en México cobra relevancia en importantes instituciones académicas y clínicas como el Instituto Politécnico Nacional y el Hospital General de México, llevando, en julio de 2008, a la creación del Instituto de Geriatría de la Secretaría de Salud. A partir de reconocer y entender las diversas formas que la especie humana tiene de envejecer y relacionando los factores genéticos, ambientales, los hábitos de vida, morbilidades y así como el capital biológico podemos tipificar varios tipos de envejecimiento: ideal, activo, habitual y patológico. El cuidado del adulto mayor supone la participación de toda la sociedad. El Instituto de Geriatría contribuirá de forma importante producir nuevo conocimiento, formar recursos humanos especializados de alta calidad y a difundir la cultura del envejecimiento a favor de los ancianos mexicanos.

Palabras clave: Geriatría, adulto mayor, equipo multidisciplinario, modelos de atención

ABSTRACT. Geriatric Medicine is dedicated to the care of the elderly patient, dealing with preventive, therapeutic, rehabilitatory and palliative issues. It integrates social and family matters and it provides elements to treat the elderly in various stages of disease: acute, sub-acute and chronic. Its main objective is to preserve the elderly's autonomy using tools that make possible to integrate and understand high prevalence, high disability and high dependency disease. Facing a horizon dominated by chronic disease, Geriatrics propose better and more efficient ways of handling disease, designing progressive care models that promote multidisciplinary team approach and full participation of family and society. Modern Geriatrics was born in Europe in early 20th century; it becomes relevant in Mexico in the 1980s, when major academic and clinical institutions, such as the Instituto Politécnico Nacional and the Hospital General de México became interested in the care of the elderly. Finally, the Institute of Geriatrics of the Ministry of Health was created on July 28th, 2008. Understanding the various ways of getting old (and the role played in this process by genetic, environmental and biological factors, and the influence habits and disease have), we can identify several types of aging such as ideal, active, usual and pathological. Caring for the elderly demands the participation of society as a whole. The Institute of Geriatrics will contribute by means of generating new knowledge, preparing high quality professionals and spreading a culture in favor of the elderly.

Key words: Geriatrics, aged, interdisciplinary communication, progressive patient care.

* Instituto de Geriatría. Institutos Nacionales de Salud. Secretaría de Salud. México.

Dirección para correspondencia:
Flor María Ávila Fematt
Av. San Fernando Núm. 2 Puerta 2 Edificio 6 Col. Belisario Domínguez Sección XVI. Tlalpan 14080. Ciudad de México. México. Teléfono: + 52 (55) 55738686 Ext. 301, 302, 303. Correo electrónico: avilafematt@hotmail.com

Recibido: 6 de Mayo del 2010
Aceptado con modificaciones: 15 de Junio del 2010

Introducción

La geriatría es la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores con alguna condición aguda, crónica, tributaria a rehabilitación, o en situación terminal.

Aun cuando la medicina preventiva, el manejo y tratamiento de condiciones reversibles forman parte de la medicina geriátrica, ésta se encuen-

tra dominada por el reto que representa el paciente portador de condiciones crónicas.

El interés por el estudio y tratamiento de las condiciones patológicas que afectan al ser humano a medida que envejece se remonta a 2800 a.C., en el antiguo Egipto, donde se consideraba que el proceso debilitante del envejecimiento era debido a «la purulencia en el corazón».

Si bien la medicina de Hipócrates consideró al envejecimiento como un estado «frío y húmedo» y la medicina galénica lo definió como un estado «frío y seco», podemos inferir que la discrepancia sólo se debió a la heterogeneidad del proceso de envejecimiento.¹

Tanto en América como en Europa, el inicio del siglo XX se presentaba propicio para los movimientos revolucionarios, la lucha por los derechos laborales y contra la discriminación. Es en este contexto donde el Dr. IL Nascher dirigió su atención a los adultos mayores, pugnando por un mejor modelo de cuidado médico, que tomara en consideración los daños orgánicos y mentales causados por el paso del tiempo.

El Dr. Nascher nació en Viena en 1863 y se estableció en Nueva York a partir de 1882; en 1909 publicó en *The New York Medical Journal* el primer documento relativo a la geriatría: «Longevidad y rejuvenescencia». Poco después, en 1914, apareció su libro *Geriatría: Las enfermedades del envejecimiento y su tratamiento*.

Décadas más tarde, en Gran Bretaña, Marjorie Warren impulsó el establecimiento de normas científicas en apoyo a este modelo. Al tomar a su cargo el área de pacientes ancianos e inválidos en el Hospital de West Middlesex, en 1930, innovó los modelos de cuidado e introdujo programas rehabilitatorios activos, modificaciones ambientales y estimulación tanto cognitiva como afectiva, lo que permitió la reintegración social y familiar de sus pacientes, otrora abandonados. Los resultados de este trabajo se abordan en los 27 artículos que dedicó a la geriatría.²

En México, los antecedentes de esta disciplina se remontan a 1957, cuando se realizó en la Ciudad de México el Primer Congreso Panamericano de Geriatría. Sin embargo, la atención geriátrica dio inicio más de una década después,

en 1979, con el Servicio de Consulta Externa Geriátrica en el Hospital General de México. Y no fue sino hasta 1988 cuando se creó la Unidad de Geriatría dentro del Pabellón 110 de Medicina Interna, destinándose 12 camas de hospitalización para tal propósito, mismas que se mantienen hoy en día.

La geriatría académica mexicana tiene como fecha de arranque en enero de 1985, cuando se abrió la primera maestría en Ciencias con especialidad en Geriatría en la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional (IPN). En marzo del mismo año inició el primer programa universitario de especialidad en el Hospital Universitario de Monterrey, Nuevo León, con duración de dos años, dirigido a médicos familiares y/o internistas.

En marzo de 1986, inició en el Hospital «Lic. Adolfo López Mateos» del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) el primer Curso de Especialización en Geriatría con duración de dos años y dirigido a médicos internistas. Si bien inicialmente no contaba con aval universitario, es el antecedente de mayor importancia para la formación de geriatras en los sistemas públicos de salud de México. El curso está avalado actualmente por el Instituto Politécnico Nacional.

En 1993 se presentó al Plan Único de Especialidades Médicas de la UNAM el proyecto de creación del Plan de Estudios de la Especialización en Geriatría. Al año siguiente, con el reconocimiento de la Universidad Nacional, dio inicio la especialidad de geriatría en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», donde, bajo la dirección del Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, se formó la Clínica de Geriatría, orientada a la investigación geriátrica y el desarrollo de modelos de atención y clínicas de memoria.³

En la actualidad existen en México 7 Cursos Universitarios de Postgrado de Geriatría:

1. Curso Universitario de Geriatría del Programa Único de Especialidades Médicas de la UNAM, que se desarrolla en las siguientes instituciones de salud (Hospital General de

México, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», Hospital ABC, Hospital de la Beneficencia Española, Hospital Pemex (Azcapotzalco), Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, Fundación Clínica Médica Sur.

2. Curso de especialización en Geriátría del IPN, con sedes en el Distrito Federal (Hospital Regional «Lic. Adolfo López Mateos» del ISSSTE, Hospital General de Zona 27 del IMSS).
3. Universidad Autónoma de Nuevo León.
4. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
5. Universidad de Guadalajara.
6. Universidad Autónoma del Estado de México.
7. Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.

El Consejo Mexicano de Geriátría, A.C., creado el 10 de octubre de 1983, recibió por primera vez la idoneidad de la Academia Nacional de Medicina, A.C., el 13 de marzo de 1992. Una vez constituido, el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C. (Conacem) entregó nuevamente el reconocimiento de idoneidad al Consejo Mexicano de Geriátría el 28 de junio de 2007, esta vez con una vigencia de 5 años.

La Academia Nacional de Medicina determinó en 1972 que la educación de postgrado de los médicos compete a las instituciones educativas y a las instituciones de salud, mientras que la educación médica continua compete tanto a dichas instituciones como a las Sociedades Médicas. Por lo que respecta a la medición del nivel de aptitudes o competencias en cada área y a la vigilancia de las mismas en los especialistas médicos, le corresponde como función prioritaria a los Consejos de Especialidad. En febrero de 2007 se encontraban certificados 384 médicos geriatras en la República Mexicana.

Al reconocer el gobierno mexicano el crecimiento de la población de adultos mayores en el país y las importantes repercusiones sociales y de salud de este hecho, el Instituto de Geriátría fue creado por decreto presidencial el 28 de julio de 2008. La misión fundamental de este órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud es la

promoción del envejecimiento saludable y activo de la población mediante la producción de nuevos conocimientos, su aplicación y difusión, así como el desarrollo de recursos humanos especializados y el impulso del desarrollo de sistemas de salud para esta población en el conjunto de los Sistemas Nacionales de Salud. Su visión se encamina a constituirse como el primer centro en América Latina de referencia nacional e internacional que impacte positivamente en la calidad de vida de los adultos mayores mexicanos.⁴

Objetivos de la geriatría

El objetivo prioritario de la geriatría es lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual.⁵ Este propósito primordial se complementa con otras acciones que en su conjunto dan sostén al desarrollo de dicha especialidad, a saber:

1. Manejo de las condiciones comunes que afectan a los adultos mayores englobadas en los llamados síndromes geriátricos: demencia, delirium, depresión, caídas, trastornos de la marcha y el equilibrio, deprivación sensorial, trastornos del sueño, incontinencia, dependencia funcional, trastornos de la motilidad, desnutrición, trastornos orales y dentales, dolor, úlceras de presión, fragilidad, síncope, sarcopenia, entre otros.
2. Gestión de la enfermedad crónica para afecciones prioritarias en los adultos mayores: diabetes, síndrome metabólico, falla cardíaca, cáncer.
3. Reconocimiento de la heterogeneidad y la complejidad del proceso de envejecimiento y sus desenlaces: adulto mayor sano, fragilización precoz, riesgo de discapacidad, enfermedad terminal.
4. Comprensión y reconocimiento de la interacción entre el envejecimiento, la enfermedad, el estado clínico y el estado funcional del paciente.
5. Comprensión del uso apropiado de los medicamentos, evitando así los daños potenciales.

6. Coordinación del cuidado entre todos los posibles proveedores a fin de mantener la independencia funcional y la calidad de vida.
 7. Evaluación y organización de los servicios sociales y de salud para propiciar la productividad y la inserción social del adulto mayor.
 8. Asistencia para los familiares y cuidadores que encaran las decisiones y el cuidado relacionados con la declinación funcional, la pérdida de la autonomía, la provisión de cuidados y los retos que impone la enfermedad terminal.
 9. Organización de sistemas de cuidados a largo plazo y cuidados transicionales.
 10. Inserción del adulto mayor en la comunidad.
 11. Desarrollo de capital humano en la geriatría en particular y, en general, en torno al envejecimiento y los adultos mayores.
 12. Investigación estratégica que aporte conocimiento encaminado a la resolución de los problemas que aquejan a los adultos mayores.
- Envejecimiento ideal: cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son bajos. El individuo es absolutamente capaz de realizar actividades de la vida diaria, es autosuficiente, no padece enfermedades crónicas, no tiene deterioro cognitivo, percibe su salud como buena, no fuma y no bebe.
 - Envejecimiento activo: cuando hay un estado de salud muy bueno y factores de riesgo medios o altos. El individuo tiene una enfermedad crónica, percibe su estado de salud como regular, tiene alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria aunque es independiente, no sufre deterioro cognitivo.
 - Envejecimiento habitual: cuando el estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos. La persona tiene más de una enfermedad crónica, tiene limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente, deterioro cognitivo leve o ninguno.
 - Envejecimiento patológico: en estado de salud regular con riesgos altos, o bien, un estado de salud malo sin importar los factores de riesgo. La persona tiene enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad y muy probablemente es dependiente de terceros.⁶

Tipología del envejecimiento

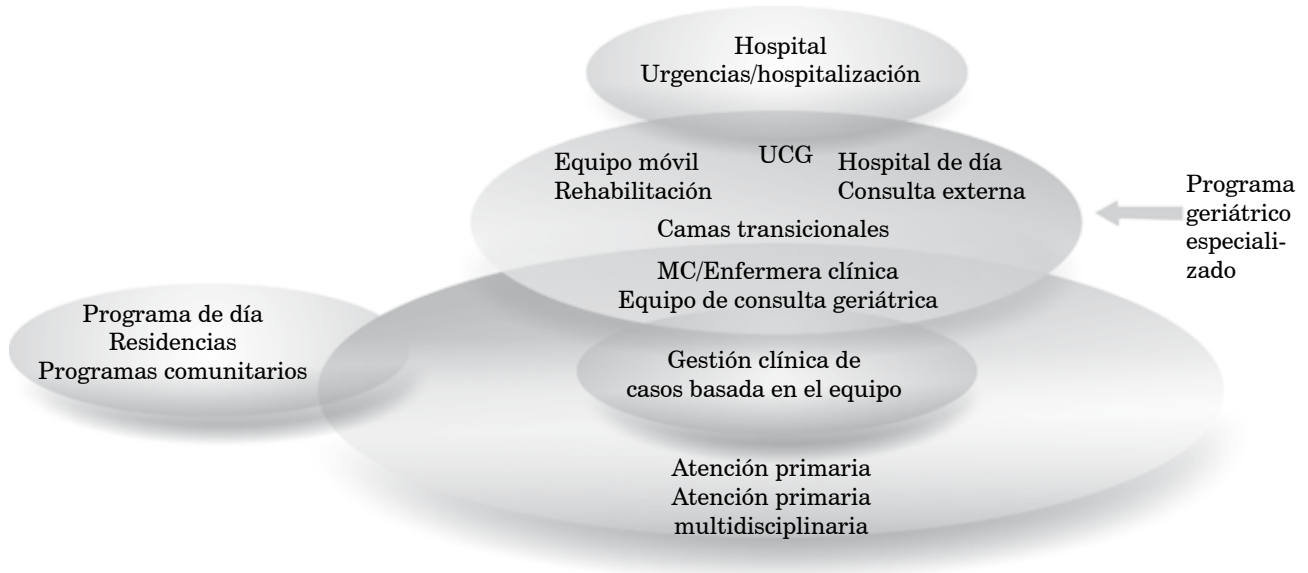
Si bien el envejecimiento es un fenómeno universal y ubicuo, existen múltiples factores que pueden influir en él. Un acercamiento al concepto de envejecimiento siempre tiene que ver con el sentido dinámico de la vida humana y con el hecho de que la vejez es resultado de etapas anteriores, así como de interacciones biodemográficas, económicas, familiares, psicosociales, ambientales y biológicas. Algunos de los factores más importantes a considerar son:

- Carga genética y capital biológico
- Familia de origen
- Educación
- Alostasis o respuestas adaptativas al estrés y medio ambiente
- Hábitos y exposiciones ambientales
- Morbilidad

A partir de la construcción de indicadores del estado de salud (enfermedades crónicas, capacidad funcional, deterioro cognitivo, autopercepción del estado de salud) y de indicadores de factores de riesgo (consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo) se pueden definir cuatro tipos de envejecimiento:

Algunos adultos mayores presentan un estado fisiológico que propicia un aumento de la vulnerabilidad ante factores estresantes –relacionada con la disminución de las reservas fisiológicas y desregulación de múltiples sistemas–, lo que genera enormes dificultades para que el individuo mantenga un estado de homeostasis.

Esta condición –conocida como fragilidad– se ha caracterizado en un síndrome cuyos componentes incluyen: lentitud de la marcha, desnutrición, pobre resistencia y debilidad. El estado puede acompañarse de discapacidad y combinarse con múltiples enfermedades que contribuyen a agravar el estado de vulnerabilidad. Por añadidura, el paciente en condición terminal reviste características peculiares y exige abordajes especiales no pocas veces ajenos a la práctica clínica común.⁷



Fuente: Howard Bergman. Proyecto SIPA 2006.

Figura 1. Modelo geriátrico de cuidados progresivos.

Niveles de asistencia geriátrica

Todo lo anterior culmina con la idea de que la naturaleza de la enfermedad ha cambiado debido tanto a la mayor esperanza de vida como a los avances en la salud pública y el progreso del conocimiento médico en general. Sumada la edad a la enfermedad crónica, el paciente viejo tiene características únicas que lo diferencian de poblaciones más jóvenes, además de mantener estados mórbidos por largos periodos, acumulación de enfermedades en el mismo sujeto, concentración de enfermedades al final de la vida y, frecuentemente, limitación funcional y pérdida de su autonomía.

El cuidado del adulto mayor pasa entonces por el individuo sano, el anciano en riesgo, el anciano frágil, el comórbido, el discapacitado, el que acumula estas tres condiciones y el terminal. Dado que estas condiciones no son estáticas y puede que un mismo sujeto recorra la gama, el grado de complejidad de los cuidados es variable, tanto en recursos humanos como en recursos financieros.

El individuo con enfermedades crónicas tiene necesidades médicas y sociales distintas que requieren una mayor coordinación de los servicios de cuidados clínicos y de otra índole. En este

sentido, se hace necesario romper con el paradigma del cuidado institucional para asumir los beneficios de las redes asistenciales; pasar del cuidado en un sitio único al de una sucesión de entornos y de la atención por un solo profesional al brindado por un conjunto de ellos.

Esta integración alude a un concepto que reúne técnicas y modelos organizacionales diseñados para crear conectividad y colaboración dentro y entre los sectores de cuidado. Incluye también varias dimensiones y progresión de niveles de acuerdo con las necesidades asistenciales (*Figura 1*), es decir, se aleja de la fragmentación de los cuidados, para acomodarlos a las necesidades cambiantes del adulto mayor y promueve la incorporación de la comunidad de residencia del adulto mayor al cuidado.⁸

Manejo interdisciplinario

Debido a su complejidad, el manejo del adulto mayor no puede estar en manos de un solo profesional. El equipo interdisciplinario característico del trabajo geriátrico está constituido por un grupo de profesionales que trabajan en un área común de forma independiente y que interactúan entre

sí de manera formal, intercambiando información sistemáticamente, comparten una metodología de trabajo y tienen objetivos comunes al desarrollar una planificación centrada en el paciente.⁹

Este equipo está integrado generalmente por: geriatra, enfermera, trabajadora social, rehabilitador, nutriólogo, psicólogo, odontogeriatra, cuidadores y familiares.

Entre las ventajas del trabajo interdisciplinario geriátrico destacan:

- Acceso a mayor número de servicios y de profesionales.
- Mayor eficiencia debido a una mayor integración.
- Mayor comunicación y soporte entre profesionales y cuidadores.
- Maximización de calidad de la atención.
- Permite el desarrollo de los planes de cuidado.
- Se ha demostrado que la intervención interdisciplinaria disminuye la mortalidad, mejora la funcionalidad, disminuye los reintegros hospitalarios y contribuye al manejo de los cuidadores.

El empoderamiento del adulto mayor es un imperativo en nuestra sociedad. Esta participación activa tiene como finalidad el involucramiento del adulto mayor en el modelaje de sus sistemas de cuidado.

La posibilidad de que el viejo pueda decidir sobre el tipo de profesional que tomará las riendas de su salud debe ser altamente valorada. En este sentido, cabrían las siguientes consideraciones:

- Los beneficios percibidos por el paciente de que sus estados crónicos, así como sus morbididades más importantes puedan ser manejadas adecuadamente por un médico especialmente entrenado para ello.
- La propia percepción del espacio que ocupan los adultos mayores en su «curso de vida» y la demanda de servicios que surgen de dicha percepción.
- Las actitudes renovadas de los adultos mayores que, cada vez más conscientes de sus derechos, serán asertivos en sus preferencias.
- El aprovechamiento del capital social a favor de esta población vulnerable, articulándose en acciones colectivas significativas, tales como la formación de profesionales altamente capacitados.
- La oportunidad que representa para el crecimiento y desarrollo de la geriatría el empoderamiento de los adultos mayores.

En resumen, la geriatría maneja pacientes con nuevas características y necesidades, lo que nos obliga a plantear nuevos objetivos y, por lo tanto, nuevos métodos.

Bibliografía

1. Morley JE. A brief history of Geriatrics. *J Gerontol Med Sci* 2004; 59A: 1132-1152.
2. Grimley EJ. Geriatric medicine: a brief history. *Brit Med J* 1997; 315: 1075-1077.
3. Leal-Mora D, Flores Castro M, Borboa C. La Geriatría en México. *Investigaciones en Salud* 2006; 003: 185-190.
4. Decreto de Creación del Instituto de Geriatría. DOF. 29 julio 2009.
5. Geriatric Medicine training and practice in the United States at the beginning of the 21st century. The Association of Geriatric Academic Programs. Julio 2002.
6. González CA, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: Tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública Mex*; 49 supl 4: S448-S458.
7. Fried LP, Ferrucci L, Darrar J. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *J Gerontol Med Sci* 2004; 3(59): 255-263.
8. Frameworks of integrated care for the elderly: A systematic review. CPRN Research Report. Abril 2008.
9. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología: Recursos Sanitarios. En: *Geriatría Siglo XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención de personas mayores en España*. Madrid, Editores Médicos, 2000: 209-267.