

## Informe de un libro “Geriatría”

### Proyecto para la atención al buen envejecimiento. Rodríguez y Morales, McGraw-Hill. México 2000

Tte. Cor. M.C. Alberto Amor Villalpando

El fenómeno del envejecimiento es global, tiene importantes repercusiones socioeconómicas y humanas, se ha denominado envejecimiento mundial.

Los países jóvenes y en desarrollo no escapan de esta transición demográfica, México ocupa el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado. Lo que significa que enfrenta además de los problemas de los jóvenes y la pobreza, las consecuencias del envejecimiento.

En el último censo la población mexicana de más de 60 años llegó al 6.4%, creemos de acuerdo a las proyecciones que en el próximo censo ya cercano se corroborará un muy sensible aumento de los viejos y una plena transición demográfica que impondrá nuevos retos de atención social.

Esta aparente cifra pequeña de viejos consume el 30% de los presupuestos de la seguridad social en pensiones y jubilaciones que todos reconocemos insuficientes. También consumen el 30% del presupuesto de salud, ocupan hasta el 60% de las camas de hospital, desafortunadamente tampoco se ha logrado una salud y calidad de vida.

Algunas instituciones se encuentran ante un problema aún más serio ya que entre sus agremiados hasta el 29% son viejos cuando incluimos a los familiares directos que también tienen derecho a sus servicios. También tiene un grupo de lo que hemos denominado jubilados jóvenes entre 45 y 60 años que aunque con menor edad se comportan desde el punto de vista psicosocial y de salud como viejos.

Todos estamos inmersos en los mitos y creencias sobre el envejecimiento, son una realidad la segregación social, la pobreza y el derrotismo, basta ejemplificar la variedad de términos para hablar de la vejez (adulto mayor, tercera edad, años dorados, etc.) que demuestran nuestro miedo a enfrentar el proceso de envejecimiento que apenas conocemos. Llamaré a los viejos, viejos, ya que no hay nada malo o de desprecio en ello, la única manera de no convertirse en viejo que sólo significa haber acumulado más edad que otros es convertirse antes en cadáver, dice Alba en forma elocuente; por mi parte haré lo mismo.

Uno de los grandes problemas de diseñar atención al envejecimiento para mejorarlo resulta de que éste es un proceso universal (todo envejece), pero absolutamente individual y el grupo de los viejos ofrece una diversidad amplísima por

lo que los proyectos que se diseñen deben tener como característica central una gran flexibilidad y deberán enfocarse a la funcionalidad, que se traduce en la capacidad de independencia y en la calidad de vida. La gerontología y su derivado de la salud: la geriatría siempre privilegiará la calidad de vida, la prevención y autocuidado y la autogestión, permeando todos los ámbitos humanos y sociales sin excepción, sin perder de vista que nosotros mismos envejecemos a cada momento y que todas las bondades que demuestren estos proyectos en última instancia beneficiarán a los viejos del mañana, o sea nosotros mismos. Una visión holística.

En un trabajo ya clásico de Rowe (experto mundial en envejecimiento) se exploran las necesidades para satisfacer las demandas de salud de los viejos hacia el año 2000 y anota que en EUA se requieren de 1,500 geriatras de alta especialidad, 450 psicogeriatras, 8,000 médicos de primer nivel. Haciendo una proyección para nuestro país podríamos hablar de que en México se requiere de la tercera parte de esta cifra, baste decir que el número de geriatras de alto nivel en nuestro país no alcanza los 200, psicogeriatras no alcanzan 10 y médicos de primer nivel sensibilizados y capacitados en gerontología quizás estén alrededor de 300.

De suma importancia es distinguir entre el paciente viejo enfermo y el paciente geriátrico, el primero es un individuo de más de 60 años de edad con algún problema de salud que no afecta seriamente la funcionalidad o produce discapacidad y aumento de riesgos, estos pacientes son y serán vistos por todos los médicos independientemente de su orientación profesional (familiares, ginecólogos, ortopedistas, reumatólogos, etc.), todos los trabajadores de la salud seguirán atendiendo viejos. En tanto el paciente geriátrico es aquel que exhibe una gran fragilidad, un aumento de la morbimortalidad, los riesgos y la dependencia de otros, consumiendo una gran cantidad de recursos económicos, sociales y morales, es este paciente el que corresponde sólo al geriatra que habrá de atenderlo en forma interdisciplinaria y con un enfoque funcional.

Las modalidades de capacitación son muy variadas, pero habrán de distinguirse las fundamentales: en papel central está la especialidad en geriatría que se hace en un lapso de dos años después de ser médico especialista en medicina in-

terna, con un entrenamiento hospitalario, de investigación y con una visión generalista, este tipo de profesionales serán los que se conviertan en maestros, líderes del equipo de salud, diseñadores de modelos de atención y también investigadores en el proceso de envejecimiento y sus consecuencias. Un segundo grupo de médicos corresponden a los que son capacitados en la llamada gerontología médica, pueden ser médicos generales, familiares o de otras disciplinas que atiendan viejos y que deseen ampliar sus conocimientos sobre el envejecimiento para poder reconocer los riesgos y ser los que puedan hacer una labor de tamizaje para la atención geriátrica, también son los profesionales que pueden detectar las necesidades y problemática de la población anciana como herramienta para diseñar una atención adecuada a todos niveles. Los cursos para este tipo de profesionales deben ser del tipo de los diplomados, ya que aunque la profundización de conocimientos no será la del especialista, sí deberá cambiar radicalmente su visión de la atención médica. También es deseable que en todas las especialidades haya una temática de sensibilización sobre envejecimiento. Ya se ha instituido la materia de geriatría en pregrado y es deseable que se enseñe gerontología en cualquier carrera profesional, ya que a todos compete el envejecimiento y sus consecuencias. En el caso de enfermería ocurre algo similar con un curso posttécnico o de postgrado de especialización en gerontología. También hay instancias similares para técnicos en rehabilitación y trabajadoras sociales (en México no se han popularizado aún). Existe una preparación técnica llamada gericultismo que corresponde a un afortunado híbrido entre enfermera, rehabilitador y cuidador especializado. Por último y como fundamental es la educación sobre el proceso de envejecimiento al público en general, más a los que están cerca de la vejez y en ella, esto reditúa en una cultura sobre el buen envejecimiento y en la mejor gerontoprofilaxis.

Puntualizó que el término muy usado geronto-geriatría es absolutamente incorrecto, la geriatría sólo se refiere a la especialidad médica ya mencionada y el resto de la capacitación corresponde a gerontología con sus vertientes: social, médica, psicológica, biológica, etc.

Por último, los modelos de atención al envejecimiento serán individualizados en cada caso a las necesidades particulares de la población que pretendan dar servicio, siguiendo simples lineamientos generales que cumplan con la premisa de privilegiar la preservación de la funcionalidad y calidad de vida y que estén en función de los viejos mismos y sus necesidades y no de las necesidades o pretensiones de otros grupos.

La Secretaría de Salud ya ha formalizado un comité de atención al envejecimiento y se dispone a dar los lineamientos para la atención gerontológica.

A continuación se expondrán las propuestas básicas para una atención gerontológica básica en nuestro país pretendiendo aprovechar los recursos disponibles con una visión realista inmediata, sin descartar un desarrollo a largo plazo en la atención al envejecimiento, sabiendo que cada vez el problema será mayor y nos presentará mayores retos.

Se deberá continuar la formación de recursos mediante la capacitación de recursos como estrategia central.

Cambiar nuestra visión negativa sobre el envejecimiento, integrar a los viejos a la sociedad y brindarles alternativas y oportunidades, procurar mediante la autogestión, el autocuidado y la capacitación una nueva cultura para el buen envejecer.

## Los viejos del mañana somos nosotros mismos

### Primer nivel

En todas las clínicas del ISSSTE habrá de arreglarse un módulo de atención gerontológica de primer contacto.

Deberá ser en un lugar algo más amplio que los consultorios convencionales y estará constituido por: un médico que de preferencia haya sido capacitado en gerontología, una enfermera también de preferencia capacitada y una trabajadora social que tenga una sensibilización en asuntos del envejecimiento, puede darse el caso de contar con una gericulista y será muy deseable incluir a un técnico rehabilitador.

El paciente viejo desea conversar de asuntos médicos y no médicos por lo que al llegar a la clínica puede ser atendido en principio por la trabajadora social (aproximadamente 10 minutos) y luego por la enfermera o gericulista (10 a 15 minutos), quienes recabarán una gran cantidad de información, parte de la evaluación geriátrica multidimensional, misma que se entregará al médico para realizar la consulta en sí (15 a 20 minutos). Con esta modalidad el paciente ha sido atendido por al menos 30 minutos y la información obtenida nos proporciona un amplio panorama para su atención especializada.

Simplificar trámites, obtención de medicamentos, etc. debe ser contemplado en la actividad diaria de la clínica que atiende a viejos.

El médico de primer nivel debe estar consciente de la importancia central de su trabajo de tamizaje inicial, ya que de la calidad de su atención depende en gran medida la capacidad preventiva del sistema de salud.

Es deseable que en las clínicas se vayan desarrollando grupos de autoayuda, programas de capacitación a la comunidad y enlaces con los servicios de prestaciones sociales, ya que tales actividades redondean la atención gerontológica.

En las clínicas de especialidades, el médico dedicado a la atención gerontológica deberá hacer un trabajo de enlace con los especialistas y desarrollará un papel de líder coordinador de la atención, evitando polifarmacia y fragmentación de la atención.

Los criterios de referencia al siguiente nivel de atención deberán centrarse además de los establecidos para otras especialidades y estudios clínicos, en los riesgos a la funcionalidad y calidad de vida.

La información recabada como evaluación geriátrica multidimensional habrá de uniformarse en lo posible y ser diseñada por una comisión académica, el contenido irá evolucionando a través del tiempo a medida que la institución conozca con más claridad las necesidades de su población envejecida.

## Segundo nivel

Cada unidad hospitalaria deberá contar con un médico geriatra interconsultante, será el encargado de registrar y atender a los viejos que se hospitalicen en cualquier especialidad para realizar una evaluación geriátrica multidimensional y coordinar la atención médica del paciente viejo durante su hospitalización.

Podrá instituir una consulta limitada que pueda atender a los pacientes geriátricos en transición o convalecencia.

El geriatra interconsultante de segundo nivel también deberá contar con la colaboración de un equipo constituido por una enfermera especializada (asignada sólo a la actividad del equipo gerontológico) o una gericultista, y una trabajadora social, también sería de gran utilidad un rehabilitador.

En este nivel también se pueden fomentar y enlazar actividades de grupos y capacitación.

El segundo nivel de atención también resulta ideal para en un futuro ampliar el modelo de atención con hospitales de día, cuidados paliativos y unidades de transición.

## Tercer nivel

En las unidades de alto nivel es deseable se establezcan servicios de geriatría completos. Deberán ser coordinados *sine qua non* por geriatras de especialidad con credenciales reconocidas.

El servicio deberá contar con camas asignadas a la especialidad en exclusiva, actividades de hospitalización, manejo conjunto, interconsulta y evaluación geriátrica, una amplia consulta externa donde se organicen clínicas especiales (caídas, falla cerebral, polifarmacia, etc), un enlace fácil y continuo con el resto de las especialidades y una relativa prioridad para el uso de los servicios paraclínicos, así como facilidades para la investigación. El enlace con las unidades de

atención hospitalaria a domicilio es de suma importancia. Un programa continuo de vigilancia farmacológica.

Será la unidad de capacitación por excelencia y desde donde se podrán diseñar las estrategias de atención y referencia.

Resulta de importancia simplificar el acceso y enlace con el resto de los servicios de las unidades de alto nivel para proporcionar una adecuada y completa atención.

El equipo geriátrico deberá estar constituido por tres médicos geriatras, médicos residentes de la especialidad, una trabajadora social de tiempo exclusivo, tres a 5 gericultistas, dos enfermeras especialistas y de tiempo exclusivo, un especialista en rehabilitación con conocimientos gerontológicos; es deseable un psicogeriatra y un gerontólogo social.

Se diseñarán estrategias de atención de acuerdo a las necesidades locales, como lo son la hospitalización de ciertas patologías como la fractura de cadera que es preferible se hospitalice de base en geriatría y no en ortopedia.

En un futuro podrán adicionarse al servicio unidades de transición, programas de manejo conjunto con otras especialidades etc.

## En el futuro

Tomando en cuenta que el problema del envejecimiento aumentará y se complicará el instituto deberá tener una visión hacia el futuro y planear nuevas modalidades de servicio.

El otro tiempo planeado Centro Gerontológico podría ser un centro de alta referencia para investigación y capacitación donde se concentrará la información obtenida en todos niveles para una adecuada planeación estratégica y un liderazgo en atención al envejecimiento.

Creo que resulta inevitable la institución de cuidados a largo plazo, mismo que cuidadosamente instituidos probablemente no aumentarán los costos sino que pudieran mejorar la atención y disminuir costos innecesarios económicos, de salud y sociales que ahora son muy altos.