



**REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE ANDALUCÍA ORIENTAL, CEUTA Y MELILLA**

DISCURSO

Pronunciado por el Académico Electo

ILMO. SR. D. JAVIER GARCÍA MONLLEÓ

APORTACIÓN DE LA GERIATRÍA A LA MEDICINA

CONTESTACIÓN

del

ILMO. SR. D. BLAS GIL EXTREMERA

GRANADA 26 DE MAYO DE 2023

APORTACIÓN DE LA GERIATRÍA A LA MEDICINA

A mis padres y hermanos.

A mi mujer Angeli.

A mis hijos Javier, Ángela y Rosa.

Y a mis queridos nietos: Javier, Julio, Laura y Angelita.

“Considerado en su totalidad, el problema del envejecimiento no es un problema en absoluto. Es sólo la manera pesimista de considerar un gran triunfo de la civilización”.

Notestein, 1954.

ÍNDICE	Páginas
AGRADECIMIENTOS	7
JUSTIFICACIÓN	9
HISTORIA Y DESARROLLO DE LA GERIATRÍA COMO RAMA DE LA MEDICINA	10
Nacimiento de la geriatría y evolución internacional	10
Implantación y desarrollo de la geriatría en España	12
El caso de nuestra Comunidad: Andalucía	16
BASES DE LA GERIATRÍA COMO ESPECIALIDAD MÉDICA	19
El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos	19
Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano	22
VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL	25
GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS	34
Inmovilidad. Úlceras por presión	35
Inestabilidad, alteración de la marcha y caídas	37
Incontinencia urinaria	38
Deterioro cognitivo	39
Síndrome confusional agudo	40
Fragilidad	44
Polifarmacia. Uso adecuado de fármacos en geriatría	45
ENSEÑANZA DE LA GERIATRÍA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS	49
FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN GERIATRÍA	55
La geriatría como especialidad en España	55
La comisión nacional de la especialidad de geriatría	57
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	69
GALERÍA FOTOGRÁFICA	75
DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ILMO. SR. D. BLAS GIL EXTREMERA	85

ABREVIATURAS

- ABVD Actividades básicas de la vida diaria
- AIVD Actividades instrumentales de la vida diaria
- AMG American Geriatric Society
- BGS British Geriatric Society
- BOE Boletín Oficial del Estado
- BOJA Boletín Oficial de la Junta de Andalucía
- CACM Consejo Andaluz de Colegios de Médicos
- CNEG Comisión Nacional de la especialidad de Geriatria
- DSM-IV Manual diagnostico estadístico trastornos mentales
- ECOE Examen Clínico Objetivo y Estructurado
- ECTS European Credit Transfer System
- EUGMS European Union Geriatric Medicine Society
- FAC Functional Ambulation Classification
- GDS Global Deterioration Scale
- IAGG International Association of Gerontology & Geriatrics
- IMC Índice de Masa Corporal
- MESTOS Médicos Especialistas sin Título Oficial
- MIR Médico Interno Residente
- MNA Mini Nutritional Assessment
- MMSE Minimental State Examination de Folstein
- MEC Miniexamen Cognoscitivo de Lobo
- OH Orden Hospitalaria
- OMS Organización Mundial de la Salud
- RAMAO Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental
- SAGG Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología
- SAS Servicio Andaluz de Salud
- SEGG Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
- UEMS-GM Union Européenne des Medecins Spécilistes- Geriatric Medicine
- VGI Valoración Geriátrica Integral

AGRADECIMIENTOS

Con la venia

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla, Excmos. e Ilmos. Académicos. Querida familia, queridos amigos y compañeros, Señoras y Señores:

En primer lugar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento al Excmo. Sr. D. Armando Zuloaga Gómez, Presidente de esta Real Academia, así como a la Junta de Gobierno y a los tres Académicos que avalaron mi candidatura de ingreso: la Excma. Sra. D^a. María Castellano Arroyo, el Ilmo. Sr. D. Fernando Girón Irueste y el Ilmo. Sr. D. Blas Gil Extremera que además ha aceptado la tarea de contestar a este discurso de ingreso; siempre les estaré agradecido porque han tenido la deferencia de proponerme como Académico Numerario para ocupar el sillón número 36 que corresponde por primera vez, en esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla, a la especialidad de GERIATRÍA, para pertenecer y formar parte de esta prestigiosa institución llena de tanta historia, de tan grandes personas y personalidades que supera mis expectativas y que debo atribuir a la benevolencia de todos y cada uno ellos, que a partir de hoy los considero como compañeros. Extiéndase también mi gratitud al resto de los señores Académicos que en mí han depositado su confianza.

Quiero agradecer especialmente a quienes me enseñaron el interés por la asistencia a las personas mayores: el primero fue el profesor D. José De la Higuera Rojas, Catedrático de Patología General, donde tuve el privilegio de formarme como médico internista, y posteriormente a uno de los maestros actuales de la Geriatria en España el Excmo. Sr. Prof. D. José Manuel Ribera Casado, Catedrático Emérito de Geriatria en la Universidad Complutense de Madrid y actualmente Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina, que inauguró en ésta el primer sillón dedicado a la Geriatria y Gerontología con el discurso de ingreso leído en enero de 2012 titulado “*Los tiempos de la Geriatria: Cien años de compromiso con la salud del anciano*” al que citaré reiteradamente en este discurso. Y por supuesto, en este apartado, a los Hermanos de San Juan de Dios y sus Centros Asistenciales, ya que gran parte de lo que soy, se lo debo a lo aprendido en este Hospital y Residencia de Granada donde, como decía el Santo, patrón de los enfermos: *se curan los más desfavorecidos*, y al contacto diario con la humanización asistencial que me ha dado la oportunidad de aprender del Carisma y de los Hermanos de San Juan de Dios.

También aquí, mi más sincero agradecimiento a los Académicos que me avalaron para optar a una de las plazas que se convocaron en 2017, concretamente a la plaza de Académico Correspondiente en la Sección de Medicina y sus especialidades, una de cuales fue para Geriatria, el Excmo. Sr. D. Gonzalo Piédrola Angulo, la Excma. Sra. D^a. María del Carmen Maroto Vela y el Ilmo. Sr. D. Fernando Girón Irueste, al que además le debo el haber sido director de mi Tesis Doctoral titulada: “*La asistencia hospitalaria en Granada: el Hospital de San Juan de Dios (1552-1835)*” porque con su sabio rigor científico en materia de investigación en la Historia de la Medicina, me hizo deleitar

entre libros, documentos, pergaminos y manuscritos, las raíces de la hospitalidad en Granada.

En este apartado de agradecimientos, no quiero dejar de nombrar a los últimos responsables del Decanato de nuestra querida Facultad de Medicina de Granada: Excmo. Sr. D. Antonio Campos Muñoz, Ilmo. Sr. D. Manuel García Morillas, Prof. D. José María Peinado Herreros, Ilmo. Sr. D. Indalecio Sánchez-Montesinos e Ilma. Sra. D^a Aurora Valenzuela Garach, por su apoyo incondicional a la Geriatria que desarrollamos en el Hospital San Rafael de Granada, y que ha servido para que los alumnos del grado de Medicina y otras Facultades de Ciencias de la Salud pudieran realizar las prácticas clínicas en este Centro sanitario donde la mayoría de los pacientes son de edad avanzada, enfermos, como objetivo fundamental de la asistencia geriátrica.

Es tradición aludir a los Académicos que ocuparon anteriormente el sillón asignado y que en este caso pertenecía al Ilustrísimo Sr. Antonio Martínez Valverde Q.E.P.D., Académico Numerario de esta Real Academia, eminente Doctor, un referente de la pediatría en España, maestro de muchos de los que estamos aquí presentes, su carrera universitaria se inició en su Granada natal como Profesor Adjunto de Pediatría (siendo pionero en la detección, prevención y tratamiento de las enfermedades metabólicas junto al Prof. Mayor Zaragoza), y posteriormente Jefe de Departamento de Pediatría de Navarra, para concluir su carrera como Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Málaga y Jefe de Departamento de Pediatría del Hospital Carlos Haya, espero ocupar con la mayor dignidad este sillón número 36, aunque representando otra especialidad que se ocupa de diferente patología y etapa de la vida como es la geriatría.

Por último, no puedo dejar de mostrar mi infinito agradecimiento a mi familia:

A mis padres (Q.E.P.D.), que seguro desde allí, donde estén se sentirán orgullosos de este acto académico; a mis siete hermanos que hemos aprendido juntos a convivir y querernos mutuamente. A mi mujer Angeli, compañera del viaje vital desde los quince años y el amor de mi vida, fruto de éste, mis hijos Javier, Ángela y Rosa, de los que nos sentimos enormemente orgullosos por sus valores que rigen sus vidas y el cariño que nos muestran diariamente. Y a mis queridos nietos: Javier, Julio, Laura y Angelita que nos hacen rejuvenecer a diario.

JUSTIFICACIÓN

Elegir este tema de la **APORTACION DE LA GERIATRIA A LA MEDICINA** para el Discurso de ingreso como Académico de Número en esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla, no ha sido tarea fácil ni tampoco, en último término accidental, ha sido una decisión muy meditada y pensada antes de realizar el trabajo de revisión, actualización y escritura del mismo. Tres razones fundamentales me han inducido a ello:

- En primer lugar, mostrar y hacer visible a esta Real Corporación que la especialidad de Geriatria y Gerontología como rama de la Medicina está acreditada como especialidad plenamente consolidada, aunque deba seguir luchando para conseguir lo que constituye su principal objetivo: que los mayores y ancianos enfermos tengan una adecuada atención sanitaria especializada que les ayude a que mejorar su calidad de vida.

- En segundo lugar, para manifestar y reiterar no solo mi agradecimiento sino también de todos los profesionales sanitarios (Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Psicología, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, etc.) que dedican todo su esfuerzo y trabajo en equipo a esta especialidad, por lo que supone el haber creado en esta Institución un sillón específico para la especialidad de Geriatria, y que sea ocupado por un geriatra, al que ya desde este momento prometo poner en el lugar que le corresponde a esta labor de atención a nuestros mayores con el mayor esfuerzo, dedicación y compromiso y representar y dar voz a los geriatras de nuestro ámbito geográfico.

- Y en tercer lugar, pero no menos importante, para continuar con la reivindicación en el plano autonómico de la incorporación de la especialidad a la Cartera de Servicios del Sistema Andaluz de Salud (SAS), ya que fue suprimida de forma inexplicable en anteriores gobiernos de la Junta de Andalucía, y que ya está dando sus frutos como por ejemplo la publicación en el BOJA de la Resolución de 7 de diciembre de 2022, de la Secretaría General Técnica, por la que se acuerda someter a información pública el proyecto de orden por la que se crea, en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, la especialidad de Geriatria en la categoría profesional de Facultativo/a Especialista de Área. Así como la formación MIR en esta especialidad que se realizaba en el Hospital Universitario “Virgen Macarena” de Sevilla y en el Hospital Universitario San Rafael de Granada de la O.H. de San Juan de Dios como subunidad docente de formación. Han sido innumerables las gestiones realizadas desde entonces para la reincorporación de la especialidad y de nuevo la formación MIR, con apoyo incondicional de todos los profesionales que nos dedicamos a la atención de nuestros mayores, como los dedicados a la docencia, así como a las Instituciones relacionadas y comprometidas con la Medicina Geriátrica como son la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología, el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, y por supuesto esta Real Academia, a la que vuelvo a agradecer, especialmente a su Excmo. Presidente D. Armando Zuloaga y a su Junta Directiva que explícitamente manifestaron en diversas ocasiones su apoyo a la presencia de la Geriatria en nuestra Comunidad.

HISTORIA Y DESARROLLO DE LA GERIATRÍA

Nacimiento de la geriatría y evolución internacional

La palabra “Geriatría” se introdujo a principios del siglo XX, cuando Ignatz Leo Nascher (1863-1944) acuñó dicho término “para cubrir en el adulto anciano el mismo terreno que en los niños cubre la palabra Pediatría y, de ese modo, hacer énfasis en la necesidad de considerar la senilidad y sus enfermedades como algo aparte de la madurez y asignarle un lugar autónomo en la Medicina”. Este interés de Nascher por la geriatría nació, según relataba él mismo, en su época de estudiante cuando, durante una visita a un asilo, una anciana se le acercó y se quejó de sus achaques. El profesor que le acompañaba comentó que no había nada que hacer porque la mujer lo que padecía era vejez.

Poco antes, en el año 1901, Elie Metchnikoff (1845-1916) había acuñado la palabra Gerontología englobando en ella “cualquier tipo de estudio en relación con el envejecimiento, desde los más directamente centrados en la Biología (Biogerontología) hasta aquellos cuyo enfoque del tema procede de otras perspectivas”. En este sentido Metchnikoff entiende que estudiar el envejecimiento va más allá que lo que cubre una mera concepción biomédica convirtiéndose así en el primer promotor de la interdisciplinariedad académica. La Geriatría formaría una parte de la Gerontología, en concreto aquella que hace referencia a la salud de las personas mayores en cualquiera de sus formas.

La creación del cuerpo doctrinal y la constatación de su eficacia tuvo lugar en los años treinta, cuando la inglesa Marjorie Warren (1897-1960) objetivó la mejoría (en términos de mortalidad, morbilidad y recuperación) de los mayores con problemas crónicos con distintas intervenciones, como la motivación del paciente, la importancia del mantenimiento o recuperación de las capacidades necesarias para realizar las actividades básicas de la vida diaria y la adaptación del medio incluyendo la importancia de una domiciliación idónea. Esta autora dio a conocer sus experiencias a través de distintos artículos, siendo pionera en proponer la necesidad de la práctica clínica en Geriatría y la investigación en hospitales generales para una correcta atención en el diagnóstico y tratamiento de determinados pacientes ancianos. El nacimiento y desarrollo de la Geriatría británica, descrito por distintos autores, pusieron los cimientos de esta especialidad a nivel mundial. Tras las primeras publicaciones de Marjorie Warren, se unieron otros autores en el desarrollo de la misma, entre los que cabe destacar a Lord Amulree (1900-1983) quien realizó una propuesta formal en defensa del tratamiento del enfermo mayor con patología crónica por profesionales especializados (geriatras) a las autoridades sanitarias.

En 1948, se creó el National Health Service, incorporándose desde entonces la Geriatría al sistema asistencial británico en un plano de igualdad con el resto de especialidades clínicas. El compromiso incluía la incorporación de Unidades de Geriatría en todos los hospitales del país y la creación de la figura del consultor en Geriatría. Se puede afirmar por tanto que el desarrollo en Inglaterra de la Geriatría consistió en un modelo de organización asistencial que sería exportado a distintos países. En la década de los

cuarenta y cincuenta, el cirujano ortopédico inglés Lionel Cosin (1910-1944), desarrolló los siguientes conceptos: la rehabilitación precoz tras la cirugía de fractura de cadera con el famoso lema de “bed is bad” (la cama es mala), el trabajo interdisciplinar en el que distintos especialistas trabajan de forma coordinada y el hospital de día geriátrico, un nuevo nivel asistencial.

El desarrollo de la Geriatria en Gran Bretaña fue clave por demostrar las ventajas médicas y económicas de este sistema. Por ejemplo, Lord Amulree demostró los beneficios de una organización hospitalaria geriátrica con niveles asistenciales, concepto clave de la especialidad. Posteriormente el profesor Norman Exton Smith (1920–1990) incorporó los hospitales de apoyo, potenció el concepto de atención continuada del paciente mayor desde las unidades hospitalarias de agudos hasta la atención domiciliaria y propuso la puesta en marcha de las unidades de memoria.

Posteriormente, tuvo lugar el desarrollo de la Geriatria en Estados Unidos, con un elevado interés por la formación tal y como mencionaba el profesor el profesor Robert Butler (1927-2010), pionero en dicho país, recuperó el concepto propuesto por Warren de la exclusión de los ancianos de los cuidados médicos acuñando el término de ageismo, término (traducido al español como edadismo) para referirse a la discriminación que padecen las personas mayores en una sociedad envejecida, y que a partir de ahora (diciembre de 2022), definido y aceptado por la RAE a petición de la SEGG, como “discriminación por razón de edad, especialmente de las personas mayores o ancianas” concepto clave para la especialidad.

En los años setenta, el geriatra Bernard Isaacs (1924-1995) introdujo el concepto de los gigantes de la Geriatria (Síndromes Geriátricos) entendidos como “situaciones muy habituales en el sujeto de edad avanzada que, fueran o no enfermedades en sentido estricto, generaban y generan problemas de salud de primer nivel, con altas tasas de morbilidad e incluso de mortalidad” y que posteriormente los describo en otro apartado.

Desde el inicio de esta rama de la Medicina se consideró necesario evaluar al paciente mayor con una sistemática diferente, surgiendo a partir de los años sesenta distintas escalas de valoración geriátrica, las cuales fueron aglutinadas y sistematizadas por el geriatra norteamericano Lawrence Rubenstein, quien definió la Valoración Geriátrica Integral como “proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar problemas médicos, evaluar capacidades funcionales y psicosociales, en orden a alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos asistenciales y garantizar la continuidad de los cuidados a largo plazo” que también ocupará por su importancia otro apartado en este discurso.

También se ha discutido de forma reiterada sobre los criterios que definen la población geriátrica centrándose en dos premisas: la necesidad de seleccionar a aquellos con mayores posibilidades de beneficio en términos de salud y evitar el uso de un criterio único basado en la edad. Destacando el consenso americano del 2008 que incluye los siguientes criterios: edad, pluripatología, polifarmacia, deterioro funcional, presencia de síndromes geriátricos, deterioro inexplicado de su salud, patología mental (demencia, depresión), problemática sociofamiliar e institucionalización.

Implantación y desarrollo de la geriatría en España

En nuestro país también se habían comenzado a desarrollar paralelamente estos planteamientos comenzando por tratar de dar respuesta a ¿Cuándo se empezaba a ser viejo? Pedro Felipe Monlau (1808-1871), a la cabeza de los médicos higienistas españoles de mediados del XIX, situaba este comienzo entre los 60 y 63 años y, subdividía la vejez en tres etapas: vejez incipiente (entre los 60 y 70 años en el hombre y desde los 50 a los 60 años en la mujer), vejez confirmada (hasta los 85 años) y decrepitud.

Para Amalio Gimeno (1852-1936), catedrático de Terapéutica en la Facultad de Medicina de Valencia, el estado del funcionamiento de los órganos determinaba la vejez del hombre más que su edad. Las posibles causas que motivaban la vejez y su consideración como un proceso normal o patológico ocuparon un espacio muy amplio en los textos médicos españoles. Para el citado Monlau, era una etapa de atrofia y decadencia. “La vejez es ya de por sí una enfermedad”, afirmaba. Un punto de vista totalmente diferente se encuentra en Eduardo Lozano Caparrós, para quien el viejo era una persona desgastada, pero no enferma. La influencia de los factores externos en el proceso de envejecimiento también fue tenida en cuenta por autores como Juan Soler Roig: “...ha de saberse que innumerables agentes exteriores juegan un papel importantísimo en la senilidad de las células, y si el protoplasma de las mismas, fuese, de un modo absoluto, asiento, lo mismo de la vida que de la muerte, sería inútil la intervención del médico en el organismo viejo y decadente; puesto que, según dicho principio, necesariamente había de morir, por más que se pretendiera lo contrario”. A partir de este momento los autores españoles consideraron la vejez como una etapa más de la vida. Así lo expresaba Roberto Novóa Santos (1885-1933), catedrático de Patología General en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, para quien la senescencia era un proceso fisiológico, una fase involutiva con atrofia orgánica, destacando la endocrina.

También para Gregorio Marañón y Posadillo (1887-1960) la vejez era una fase de la vida. Llegó a afirmar que lejos de ser una etapa de decadencia, significaba la plenitud intelectual y emocional de la persona. Defensor en un principio de la hipótesis endocrinológica pluriglandular según la cual, todas las glándulas del organismo se atrofiaban con el envejecimiento y era beneficiosa la opoterapia testicular, con el tiempo atribuyó su supuesta eficacia a la sugestión, aunque la recomendaba en la etapa final de la vida en un ciclo de conferencias sobre Geriatría impartido en 1950 en el recién inaugurado Departamento de Geriatría del Instituto de Patología Médica de Madrid. En el mismo ciclo de conferencias, otros dos autores negaron que la vejez fuera una enfermedad. Francisco Vega Díaz (1907-1995) afirmaba que envejecer no era enfermar, sino cambiar y Francisco Grande Covián (1909-1995) lo consideraba como una serie de alteraciones irreversibles experimentadas como consecuencia del transcurso del tiempo, aunando factores intrínsecos, como la causa química que produce la degeneración tisular, con factores externos, como los nutritivos.

Vemos pues, que la opinión mayoritaria de los médicos españoles a mediados del pasado siglo era la consideración de la vejez como un fenómeno biológico y no patológico, un proceso en el que hay que considerar la dimensión antropológica y sociológica, junto con la biológica, lo que permitirá tomar medidas para luchar contra la

vejez. Así lo resumía Gonzalo Piédrola Gil (1907-1996): “Si la medicina es en la actualidad ciencia médica y social, a la vez que arte, en el momento presente ha de prestar gran atención a la vejez, que no es enfermedad, sino fenómeno natural, inevitable y biológico, en el que se presentan numerosos problemas de tipo médico, sanitario, sociológico, económico y cultural”.

Como se ha mencionado, para Marañón, defensor en un principio de la hipótesis endocrinológica, las enfermedades de la vejez se desarrollaban por una insuficiencia ovárica o testicular y así lo expuso en *La edad crítica* en 1919. Años más tarde restó importancia a la teoría hormonal, tal y como se evidenciaba en *Estado actual del problema del climaterio*. Entre las enfermedades del anciano señalaba, entre otras, las siguientes: hipertensión, arteriosclerosis, diabetes, aumento del colesterol, reumatismo crónico, hiperemotividad, cataratas y alteraciones auditivas. Al igual que hemos visto en otros autores, subrayó la importancia de la prevención del deterioro orgánico: “La vejez, todos los sabemos, tiene, más que un tratamiento, una profilaxis. Es difícil **curar** la vejez, nos dice la Higiene, pero es relativamente fácil llegar a viejo lo más tarde que dé de sí el organismo respectivo, a condición de practicar desde muy pronto aquellos principios de sobriedad corporal...”

Vega Díaz mantenía la misma opinión: “Actitud y criterio de englobamiento conceptual que es lo que da sustancia a la Medicina geriátrica”. La Geriatria estaría englobada dentro de la Gerontología, que comprendería la biología de la senescencia, la geriatría y la sociología del envejecimiento. Piédrola Gil dio un paso más en 1955 y defendió que la especialidad de Geriatria que se creara debería estar integrada en el Seguro de Enfermedad, así como que los geriatras participaran en las Secciones de Vejez del Instituto Nacional de Previsión y de los Consejos Generales de Colegios de Médicos. Insistía en precisar una serie de términos aún no bien entendidos por la población: la Gerontología sería la ciencia biológica que se ocupa de la vejez y estudia las modificaciones fisiológicas que en ella se producen; la Geriatria era la parte de la medicina que se ocupa de las enfermedades propias del anciano, de las características que las enfermedades comunes tienen en él y del tratamiento que requieren; la Gerocultura, era el arte del cuidado de los ancianos y de aquellos que van a serlo. En mi opinión. Piédrola Gil fue un adelantado a lo que hoy se promulga y recomienda, ya que defendía la necesidad de estudiar las condiciones en las que vivía la población de mayor edad y planificar así su protección y asistencia.

También debemos remarcar en el reconocimiento de la geriatría como especialidad que tuvo un papel muy activo Alberto Salgado Alba (1925-2000). Desarrolló toda su vida profesional en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, en donde se integró en 1949 siendo todavía estudiante de medicina. Trabajó en un principio en el Servicio de Medicina Interna, dirigido por Carlos Blanco Soler (1984-1962), quien en 1953 creó en dicho Servicio una consulta de Geriatria, que atendía de forma ambulatoria a pacientes mayores de 65 años y en donde trabajó Salgado. En 1967, ya fallecido Blanco Soler, su sucesor en la jefatura del Servicio de Medicina Interna Luis Felipe Pallardó y Salgado como médico adjunto convirtieron la consulta en un Dispensario Geriátrico, en donde los pacientes recibían una evaluación tanto médica como social. En 1971, y con el impulso de Alberto Salgado y Francisco Guillén Llera (1943-2008), se creó un Servicio de Geriatria, ya separado de Medicina Interna, formado por el mencionado Dispensario y una Unidad de Hospitalización para ancianos con enfermedades agudas, dotada con 32 camas. De este modo pasó a ser un servicio hospitalario autónomo que

proporcionaba una asistencia geriátrica integral. En 1972, Salgado abrió también en el edificio del Hospital Central de la Cruz Roja el primer Hospital de Día geriátrico en España. En 1978 fue responsable del primer programa de Ayuda Médica y de Enfermería a Domicilio, año también en el que, tras el reconocimiento de la Geriatria como especialidad médica en España como veremos, el Hospital de la Cruz Roja pasó a ser el primer centro acreditado para formar especialistas por la vía del Médico Interno Residente (MIR); se le concedieron dos plazas de médicos residentes en esta primera convocatoria. En 1982 Salgado abrió la primera Unidad Hospitalaria Geriátrica de Media Estancia con 30 camas destinadas a aquellos pacientes con necesidades de tratamientos médicos, rehabilitadores o de enfermería que no pudieran ser atendidos en el Hospital de Día o por la Ayuda a Domicilio.

Finalmente, en 1978 la Geriatria fue reconocida como especialidad médica en España al ser incluida en la Ley de Especialidades de 15 de junio de ese año (Decreto 2015/78). La Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatria, presidida por Alberto Salgado Alba, la definió como una *“rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos y sociales de la salud y enfermedad de los ancianos”*, una visión integral que iba más allá de una medicina interna de los ancianos.

La Comisión Nacional española de la especialidad, en su primera reunión en diciembre de 1978, fijó los siguientes objetivos para la geriatría:

1. Desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y problemas médico–sociales de los ancianos, que de forma aguda o subaguda presentan como rasgos comunes la pérdida de su independencia física o social.
2. Organización de una atención prolongada a los ancianos que lo necesiten.
3. Movilización de todos los recursos para devolver a la comunidad el mayor número de pacientes posible.
4. Investigación, docencia y formación continuada, tanto de sus propios especialistas como del resto de profesionales relacionados con la especialidad.

La Comisión, además, hizo unas primeras estimaciones del número de especialistas necesarios:

1. La relación de la Geriatria con algunas especialidades ha de ser particularmente intensa, como es el caso concreto de rehabilitación, psiquiatría y medicina de familia. Abre la posibilidad de asumir subespecialidades como psicogeriatría y rehabilitación geriátrica.
2. Las necesidades de especialistas se estimaron, basadas en un marco teórico, en función del desarrollo de una estructura asistencial progresiva, que debería llegar al objetivo final de 150 Unidades de Geriatria (con agudos, media y larga estancia según el modelo inglés). Se estimó que en 1990 deberían existir ya 30 unidades, y que para el desarrollo total se precisarían 900 geriatras, a los que habría que sumar un número que trabajara en el medio extrahospitalario, alcanzándose así la cifra de 1000 geriatras.

Continuando cronológicamente, a principios de los ochenta surgieron nuevos dispositivos geriátricos en hospitales públicos, el primero de los cuales fue el del Hospital Clínico de Madrid inaugurado en 1984 y a finales de esta década, se creó una comisión para el Desarrollo de la Geriatria por parte de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad. Ya en la década de los noventa, se publicaron dos documentos oficiales respecto a la organización de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores

por parte del Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Tras el reconocimiento de la especialidad (1978) y la elaboración de los documentos mencionados se objetivó en España un incremento de hospitales con docencia específica, alcanzando en los años noventa la cifra de diecisiete servicios acreditados con un total de cuarenta y dos plazas de formación especializada.

En 1999, José Manuel Ribera Casado fue nombrado por vez primera en España catedrático de Geriatria por la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. De este modo la geriatría se introdujo por fin en la formación clínica de los estudiantes de medicina, tras largos años de figurar tan solo en los estudios de doctorado. El propio Ribera había puesto en marcha en 1990 un programa de doctorado en geriatría en la Universidad Complutense, del que fue director hasta 2011. En 1984 abrió en el Hospital Clínico de San Carlos en Madrid una unidad de geriatría, que en 1987 pasó a ser un servicio hospitalario autónomo. Cuando obtuvo la cátedra, Ribera era jefe de dicho Servicio de Geriatria y presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. La dotación de esta cátedra de Geriatria en la universidad española llegó también mucho después que en otras universidades estadounidenses y europeas siendo la británica, a través de la Facultad de Medicina de Glasgow, la primera en contar con una cátedra de la especialidad en 1965 en la persona de William Ferguson Anderson (1914-2001). En 1976, la *British Medical Association* recomendó que en cada facultad de medicina hubiera una unidad académica que proporcionara enseñanza de grado y de posgrado acerca de las enfermedades del anciano. En los Estados Unidos, la primera cátedra se creó en 1977 en la Universidad de Cornell y en 1982, el primer Departamento de Geriatria en la *Mount Sinai Medical School*. En las décadas de los ochenta y noventa se organizaron cátedras de geriatría en los países escandinavos, Italia, Francia, Irlanda, Alemania, Bélgica, Holanda, Suiza y en algunos países del este europeo.

En el siglo XXI, cabe destacar tres estudios realizados por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) sobre la actividad asistencial en Geriatria. El primero de ellos denominado "Geriatria XXI", realizado en el 2000, donde se analizaron las necesidades y los recursos en la atención a las personas mayores en España objetivando que el 50% de las consultas de Atención Primaria son por personas mayores de 65 años y que la ocupación de camas en los grandes hospitales por mayores de 65 años es cercana al 50%, contrastando con la escasez de Servicios de Geriatria. El segundo de ellos, realizado en el 2003, valoró la adecuación de los recursos para la asistencia geriátrica especializada a los ancianos hospitalizados en España (incluyendo los hospitales generales del territorio español de más de 100 camas) y mostró que un 32% de los hospitales españoles contaba con cobertura geriátrica especializada, estando formada por los equipos geriátricos multidisciplinares de evaluación en un 22% de casos y en un 10% por Servicios de Geriatria o bien Unidades Geriátricas de Agudos. Además, objetivó la heterogeneidad entre comunidades autónomas, destacando positivamente Cataluña, Madrid y Castilla-La Mancha y de forma negativa Cantabria, Andalucía y País Vasco. Por último en 2008, el observatorio de la SEGG estimó una existencia de 897 camas en Unidades Geriátricas de Agudos en España, destacando por su número Castilla La Mancha, Madrid, Cataluña y Aragón.

En 2012 se creó el sillón de Gerontología y Geriatria en la Real Academia Nacional de Medicina, siendo ocupado por Ribera Casado, como ya hemos citado el discurso de

ingreso llevaba por título *Los tiempos de la geriatría. Cien años de compromiso con la salud del anciano*. Se completaba de este modo la institucionalización académica de la Geriatría, ya lograda en el ámbito asistencial. El nuevo académico resumía así este proceso durante su intervención:

“Desde la perspectiva de la comunidad científica los hitos más señalados a partir de los años cuarenta han sido: a) la creación de sociedades nacionales en distintos países, así como de sociedades supranacionales, b) la aparición de publicaciones en forma de libros, monografías y revistas de la especialidad, c) la entrada en la Universidad, en medicina y en otras profesiones relacionadas, d) el establecimiento de programas de formación reglada de especialistas, y e) el desarrollo de programas de investigación. Desde la perspectiva del reconocimiento social destacar: a) el reconocimiento oficial de la especialidad en un número creciente de países, b) la puesta en marcha de estructuras asistenciales geriátricas en hospitales y otras instituciones, c) la participación de la geriatría en toda suerte de programas educativos y de salud pública. Creo que con lo expuesto queda bastante evidente por qué nació y se ha desarrollado la especialidad de geriatría a lo largo del siglo XX. También cuáles han sido las fases que han guiado su expansión y cómo se han ido cumpliendo los requisitos exigidos por Rosen como razón de ser para que una especialidad médica tome carta de naturaleza. Y estamos contemplando razones demográficas abrumadoras. También se cumplen los argumentos doctrinales y es perfectamente verificable el reconocimiento explícito, mantenido y progresivo de la especialidad por toda suerte de organismos implicados. Ni en España ni en el mundo podemos hablar de una tarea terminada. Nada acaba de cerrarse en estas cuestiones. Los retos son muchos y, como ocurre siempre en ciencia, se multiplican tanto más cuanto mayor es el avance de nuestros conocimientos. La geriatría no es, nunca lo ha sido, una especialidad marginal. Ahora menos que nunca. Tenemos mucho recorrido y lo debemos seguir afrontando en todos sus aspectos”. Así pues, desde mi punto de vista, al escribir la historia de la Geriatría en nuestro país, es obligado citar a sus protagonistas más importantes, los doctores Piédrola Gil, Salgado Alba, Guillén Llera, Jiménez Herrero y Ribera Casado entre otros.

El caso de nuestra Comunidad: Andalucía

Paralelamente a los acontecimientos y desarrollo de la geriatría en España, en nuestra Comunidad en el año 1980 se fundó la Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología (SAGG). Se creó dentro del Hospital Clínico Universitario de Sevilla, hoy Virgen Macarena, una Unidad de Geriatría a cargo del Dr. Carlos Martínez Manzanares que, en 1988, obtuvo la acreditación docente de la Comisión de especialidades dependientes de los ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad, para formar especialistas en Geriatría por el sistema MIR. El Hospital de San Rafael de la Orden de San Juan de Dios (Granada) que en esta fecha era yo su Director Médico, se sumó como Unidad adjunta (1993) para formación MIR. Durante 20 años, 1988 a 2008, estuvieron formándose geriatras en dichos hospitales, asignados por la Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría, pero, en 2004 los cupos de MIR pasaron a ser autonómicos, y pese a las recomendaciones a nivel de la citada Comisión, en Andalucía se suprimió el programa MIR de geriatría, que terminó con la última promoción 2004-2008. En total fueron 32 especialistas los que se formaron (dos por cada promoción de cuatro años). También se realizó formación complementaria a varios titulados extranjeros. Hay, asimismo, geriatras que obtuvieron su título por el procedimiento excepcional de acceso al título de especialistas (MESTOS) u otras vías.

En estos últimos años hemos tenido desde la Junta Directiva de la SAGG una intensa labor de relación con las autoridades sanitarias de las Consejerías, tanto de Salud y Consumo como de la de Políticas Sociales y Bienestar, con sus respectivos Consejeros y sus Directores Generales, para continuar reivindicando el papel esencial de la Geriatría en Andalucía, priorizando la necesidad de abrir la cartera de Servicios del SAS a la especialidad, así como la necesidad imperiosa de reinstaurar la formación MIR en Andalucía. Se hizo a través del Defensor del Pueblo y además se vehiculizó a través de la Asesoría Jurídica del Consejo Andaluz de Colegio de Médicos. Igualmente hemos realizado tareas de asesoramiento durante esta crisis sanitaria con documentos de posicionamiento y de consenso para la atención socio-sanitaria a las personas más vulnerables de la Pandemia COVID-19 que como todos bien sabemos son nuestros mayores. Además, en 2020, el presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM), Ilmo. Sr. D. Emilio García De la Torre, presentó en el Parlamento Andaluz a la Comisión de Estudio para la Recuperación Económica y Social en Andalucía a causa de la Pandemia del Covid-19 (Subcomisión de Sanidad y Salud Pública) las lecciones que se debían aprender en esta crisis sanitaria, en el que apuntó: “Es preciso implantar la especialidad de Geriatría en nuestra Comunidad, es necesario y urgente teniendo en cuenta la mayor esperanza de vida y el aumento continuo de personas mayores en nuestra Comunidad; la creación de unidades de geriatría en todos los distritos sanitarios, hospitales y centros de salud para que se puedan desarrollar los adecuados cuidados sociosanitarios con atención especial a pacientes crónicos y paliativos. Esta medida podría aportar grandes conocimientos y soluciones para las personas mayores, población más vulnerable. Servirá así mismo para apoyar y disminuir la carga de los médicos de atención primaria, ofreciendo una atención de mayor calidad a los pacientes geriátricos al tiempo que proporcionará los cuidados sociosanitarios que necesita una gran parte de la población adulta.”

Por otra parte, el Estatuto de Autonomía para Andalucía establece en su artículo 19 que “las personas mayores tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía una protección y una atención integral para la promoción de su autonomía personal y del envejecimiento activo, que les permita una vida digna e independiente y su bienestar social e individual, así como a acceder a una atención gerontológica adecuada, en el ámbito sanitario, social y asistencial, y a percibir prestaciones en los términos que establezcan las leyes”. Igualmente, en el art. 22, apartado K: reconoce el derecho a una “asistencia geriátrica especializada”. El Sistema Sanitario Público Andaluz da cumplimiento parcialmente de la normativa a través de sus diferentes servicios y programas, si bien es cierto, que el hecho de que aún no esté incluida la especialidad de Geriatría en el SAS, limita la capacidad de esa atención especializada.

Muchos, son por tanto, los motivos que justifican la inclusión de la Especialidad de Geriatría en la Cartera de Servicios del Servicio Andaluz de Salud: razones demográficas: por el progresivo envejecimiento de la población. Aumento cada vez mayor de la prevalencia de enfermedades crónicas en situaciones complejas. Necesidades de atención integral por equipo multidisciplinar, formado por médico geriatra, enfermería, trabajo social y otros técnicos: fisioterapia, terapia ocupacional y psicólogo, donde a través de una valoración geriátrica integral, aborden además de los problemas clínicos, las capacidades cognitiva y funcional y la problemática social individual, priorizando problemas y estableciendo planes individuales de tratamiento. Así como detectando precozmente la fragilidad para poder intervenir y evitar la dependencia. Disponiendo como principal objetivo mejorar, recuperar o mantener la

capacidad funcional, para garantizar la máxima autonomía personal del mayor. Conocer además del estado global de salud, la calidad de vida del paciente, estableciendo niveles pronósticos, que permitan marcar objetivos de tratamiento acordes a la situación personal, proporcionados a cada situación individual. Con diferentes niveles asistenciales, que permitan utilizar el recurso adecuado en cada momento del proceso asistencial en el que se encuentre el paciente geriátrico: Unidades de agudos para atender la fase aguda de descompensación; Unidades de Media Estancia o Recuperación funcional, para completar la fase de recuperación e iniciar la rehabilitación, y Niveles de apoyo comunitario como los servicios de Hospitalización Domiciliaria, Hospital de día geriátrico o Consultas externas de Geriatria, que permitan una continuidad asistencial apoyando a los Equipos de Atención Primaria. Aportando una transmisión horizontal de conocimientos geriátricos a otras especialidades: ortogeriatría, cirugía, urología, nefrología, oncología, cardiología, etc. Reduciendo el coste sanitario, como ha demostrado la Geriatria en otras comunidades o en otros países, haciendo un adecuado uso de los recursos, reduciéndose la necesidad de pruebas complementarias, el consumo de fármacos o las estancias hospitalarias, y logrando una menor tasa de reingresos y de institucionalización.

Estamos seguros que todos coincidimos en la necesidad de un cambio para poder proporcionar a los mayores que lo necesiten una asistencia geriátrica que redunde en una mayor calidad asistencial y un mayor impacto en la mejora de su situación de fragilidad. Por todo ello consideramos que la incorporación de la especialidad de Geriatria en Andalucía es ya una demanda improrrogable.

En resumen en este apartado citamos varias ideas clave del origen y el desarrollo de la Geriatria:

- Definición de la Geriatria y la Gerontología por Nascher y Metchnikoff a principios del siglo XX.
- Nacimiento de la Geriatria en Reino Unido bajo el liderazgo de Warren en los años treinta y desarrollo posterior gracias a la contribución de otros autores británicos y creación del cuerpo doctrinal.
- Justificación de las especialidades médicas por Rosen en los años cuarenta y de la Geriatria por Ribera Casado recientemente.
- Desarrollo de la Geriatria en los Estados Unidos con especial interés académico bajo el liderazgo de distintos médicos como Lybow, Butler y Rubenstein.
- Actividades pioneras en España lideradas por Gregorio Marañón, Piédrola Gil, Beltrán Báguena, Salgado Alba, Guillén Llera, Ribera Casado y otros.
- Incorporación de la Geriatria a la clínica de forma paulatina bajo el liderazgo de los Hospitales Central de la Cruz Roja y Clínico de Madrid.
- Reconocimiento oficial como especialidad médica en 1978 e inclusión progresiva de la Geriatria en la asistencia hospitalaria.

BASES DE LA GERIATRÍA COMO ESPECIALIDAD MÉDICA

Las características necesarias para considerar una nueva especialidad médica fueron descritas por Rosen en la década de los cuarenta, incluyendo fundamentos demográficos, doctrinales y reconocimiento científico y social. A continuación, expongo de forma resumida las distintas razones:

1) Una población potencialmente beneficiaria. Envejecer es un proceso continuo e individualizado y desde el punto de vista epidemiológico se fija considerar a una persona mayor de los 65 años. De igual manera se considera el envejecimiento de la población como el principal cambio demográfico del siglo XXI, aunque evidentemente no es igual la salud ni la calidad de vida de una persona de 65 de principios del siglo XX que la de una persona de la misma edad en la actualidad, por lo que es un concepto que está en revisión.

2) Unos contenidos doctrinales específicos. La doctrina de la Geriatria ha evolucionado a lo largo del siglo XX, tal y como se expone en los apartados previos. Williamson propuso tres fases de la evolución doctrinal por orden cronológico: - fase Warren (1930-1940): basada en la recuperación potencial de los pacientes mayores, - fase de cuidados comunitarios (años 50): centrada en evitar la dependencia y las discapacidades, y - fase de prevención (desde 1960): asentada en la prevención y diagnóstico precoz de enfermedades.

3) La aceptación y reconocimiento de la nueva especialidad por la comunidad científica y por la sociedad. La investigación moderna en el campo de la Gerontogeriatría se inició en los años treinta con la investigación liderada por Nathan Shock, en el seno del National Institute of Health y del National Institute of Aging en 1975. A partir de los años cuarenta surgieron las distintas sociedades nacionales de la especialidad entre las que cabe destacar la American Geriatric Society (AMG) en 1942, la British Geriatric Society (BGS) en 1947, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) en 1948 y la International Association of Gerontology & Geriatrics (IAGG) en 1950, impulsando todas ellas la aparición de una literatura geriátrica y la realización de distintos congresos y actividades formativas. El reconocimiento oficial de la especialidad ha sido muy desigual de unos países a otros, aunque la tendencia siempre es creciente. De acuerdo con la encuesta realizada por la European Geriatric Medicine Society (EUGMS) en 2006 a treinta y tres países europeos, nueve contaban con subespecialidad y dieciséis con especialidad médica, incluyendo a España desde 1978.

El paciente anciano: demografía, epidemiología.

El fenómeno del envejecimiento de la población es un hecho de gran trascendencia social que está suscitando la atención mundial (políticos, económicos, sociológicos, sanitarios y de investigaciones científicas) por las enormes consecuencias que se están empezando a notar y se acentuarán en los próximos años. Se asiste a un cambio profundo en la estructura por edades de la población que comporta un incremento en términos absolutos y relativos del colectivo del grupo de personas mayores con disminución del grupo de los de menor edad. Con frecuencia escuchamos «el problema del envejecimiento de la población» con un matiz claramente peyorativo, para referirse

a un fenómeno de carácter demográfico que en buena medida es el fruto de los éxitos económicos, sociales y sanitarios que han conseguido alargar la vida de las personas; parece lógico pensar que con nuestro propio éxito hemos creado un problema, generando alarma social ante este proceso por surgir incremento de las demandas asistenciales por parte de los ancianos muy superior al resto de la población total.

En el caso español, y por ende el andaluz, el fenómeno del envejecimiento se observa especialmente acelerado, como consecuencia de una mayor longevidad, ya que en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años. Este proceso se ve acentuado por la baja tasa de natalidad que se viene registrando desde hace algunas décadas. En 1975, la cantidad promedio de hijos era de casi 3 por mujer en edad fértil, mientras que actualmente apenas es de 1,2. Los datos actuales en España muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 20% de la población total, con más de 9 millones de personas (Instituto Nacional de Estadística-INE. 2021), de las que aproximadamente un 25% son octogenarias. En este sentido y según las proyecciones realizadas por el INE, en España, en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años, en el año 2050 las personas mayores de 65 años estarán por encima del 30% de la población (con casi 13 millones) y los octogenarios llegarán a ser más de 4 millones, lo que supondría más del 30% del total de la población mayor.

Aunque es erróneo pensar que el mundo actual es, en su conjunto, viejo, ya que existen zonas del planeta (países africanos o asiáticos) en las que los ancianos ni siquiera alcanzan 3-6% de la población. El envejecimiento del mundo sólo afecta a una pequeña parte del mismo, siendo un fenómeno de los denominados países desarrollados, entre los que se encuentra España.



Fuente: Elaboración propia a partir datos INE

APORTACIÓN DE LA GERIATRÍA A LA MEDICINA

La esperanza de vida al nacer en 2021 en España se situó en 83,06 años, 85,83 en mujeres y 80,27 en los hombres.



Fuente: Elaboración propia a partir datos INE

Utilización de recursos: nuevas necesidades

Todos los datos ampliamente expuestos en los apartados anteriores fácilmente conducen a las siguientes consideraciones:

1. La duración de la vida está alterando el equilibrio entre los años vividos por un individuo con ganancias económicas netas, y el período en que solamente consume alargado por el mayor número de años vividos, donde se intensifican los gastos para cubrir las necesidades asistenciales nuevas e intensas.
2. La mayor longevidad tendrá consecuencias sobre los tipos de enfermedades y los gastos derivados de ella, así como de las dependencias que muchas de ellas generarán.
3. La longevidad conseguida obliga a reconsiderar los períodos de la vida, y ver que la vejez es ahora significativa estadísticamente hablando, pues a una persona de 65 años aún le queda un 22% de su vida por vivir, y cada vez es más importante cómo van a vivirse, tanto desde el punto de vista social como de salud.

Por otra parte, la ONU, en un informe emitido ya en 1978, enumeraba las consecuencias del envejecimiento demográfico: — Mayor costo de la dependencia de los ancianos que de los niños. — Descenso del nivel de vida de los países altamente industrializados por el aumento de la relación de dependencia. — Descenso de la eficiencia de la población ocupada. — Efectos de la necesidad de disponer de protección y servicios para la tercera edad, con aumento del gasto público. La familia que sirve para el cuidado de los niños dependientes no garantiza el de los ancianos, por lo que el Estado deberá asumirlo mediante recursos adecuados, con posibles crisis del sistema. — Aumento de las necesidades de atención sanitaria y de los costes de los sistemas sanitarios públicos. — Aumento de los estudios sobre necesidades específicas de los ancianos: vivienda, servicios, ocio, salud...

Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano.

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma de cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos. Comienza después de la madurez, y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y termina con el fallecimiento. Se continúa investigando el motivo por el que las personas experimentan cambios a medida que envejecen, es por ello por lo que han surgido muchas teorías para dar una explicación a este proceso.

La mayoría de los investigadores creen que se produce por un proceso acumulativo de interacciones entre las distintas influencias (herencia, el ambiente, las características culturales, la dieta, el ejercicio, las enfermedades previas y muchos otros factores) a lo largo de la vida. Todas las células experimentan cambios en el proceso del envejecimiento; se hacen más grandes, y poco a poco pierden su capacidad para dividirse y reproducirse. Entre los cambios más frecuentes se encuentran el incremento de pigmentos y sustancias grasas en el interior de la célula. Debido a ello, muchas células pierden su capacidad funcional, o bien inician un proceso de funcionamiento anormal. El tejido conectivo se hace cada vez más inflexible, lo que produce mayor

rigidez en los órganos, vasos sanguíneos y vías respiratorias. Las membranas celulares cambian y, por lo tanto, los tejidos tienen más dificultad para recibir oxígeno y los nutrientes necesarios, al igual que para eliminar el dióxido de carbono y los productos de desecho. Muchos tejidos pierden masa y se atrofian. Otros se vuelven más rígidos o tumorales con la aparición de nódulos.

Todos estos cambios producen, en los órganos al envejecer, una pérdida de función de forma gradual y progresiva y, consecuentemente, una disminución de la máxima capacidad funcional. Dicha pérdida muchas veces no es notoria en muchos ancianos, ya que no necesitan utilizar sus órganos a su máxima capacidad, y éstos pueden tener una capacidad de reserva funcional más allá de las necesidades comunes. Los cambios más significativos en la reserva orgánica se dan en el corazón, pulmones y riñones. La cantidad de reserva perdida puede variar entre personas y entre diferentes órganos de la misma persona.

La enfermedad en el anciano y su expresión clínica.

La mayor parte de los autores están de acuerdo en que en la vejez inciden todas las enfermedades que se ven en el adulto. No se puede hablar por tanto de enfermedades propias de la vejez, sino de enfermedades en la vejez. Algunas son muy comunes y más prevalentes en los ancianos: artropatía, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, bronconeumopatías, diabetes, cáncer, deterioro cognitivo, infecciones o fractura de cadera, que constituyen el grueso del esfuerzo asistencial en el día a día. La mayor parte de las enfermedades en el anciano responden a los principios de la patología general y a sus manifestaciones sintomáticas, siendo, por tanto, válidos los instrumentos de identificación clásicos de la propedéutica médica: una detallada anamnesis y una completa exploración física. La disminución de la reserva funcional en los órganos y sistemas, sus cambios al envejecer y la falta de capacidad de adaptación condicionan que en muchos casos la expresión de los signos y síntomas de la enfermedad en el anciano sea diferente a la del adulto más joven. Hablamos entonces de presentación atípica de la enfermedad en el anciano, que se caracteriza por:

1. Síntomas inespecíficos.

Es habitual que el anciano o sus familiares consulten por síntomas poco específicos o que parecen tener poca relación con el posterior diagnóstico: caídas, desorientación, astenia, anorexia, confusión o incontinencia. Esto plantea un reto al geriatra, de cuya sagacidad clínica depende su asociación con, o identificación de una grave patología de base y cuya importancia sólo puede ser determinada después de realizar una valoración geriátrica integral. Algunos ejemplos podrían ser los siguientes: la desorientación o la confusión mental pueden ser la única expresión de una fractura de cadera, una neumonía o una enfermedad neoplásica no diagnosticada. La depresión como primer indicio de una demencia, o el deterioro cognitivo como primera manifestación de una depresión.

2. Manifestaciones escasamente sintomáticas o ausencia de las mismas.

Es frecuente que los síntomas sean poco expresivos, estén muy atenuados o no aparezcan. Ejemplos clásicos son la neumonía que se presenta sin fiebre, la anemia grave bien tolerada, el infarto agudo de miocardio, el tromboembolismo pulmonar, la

úlceras pépticas o el abdomen agudo sin dolor, pero que comienzan con deterioro funcional o confusión mental.

La evolución de la enfermedad en el anciano también presenta particularidades: la resolución de los procesos suele ser más lenta, son más frecuentes las complicaciones y es habitual la descompensación de otras patologías coexistentes. El deterioro funcional tiende a estar siempre presente. A veces los estudios y procedimientos diagnósticos se multiplican y se alargan en el tiempo, con dificultad para llegar a conclusiones claras; mientras tanto, el deterioro funcional físico y mental puede ser devastador, sobre todo en ancianos hospitalizados. Anticiparse al deterioro funcional y tomar las medidas para evitarlo desde el primer día del ingreso, es una destreza de todo geriatra hábil y una de sus competencias profesionales distintivas.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI)

El proceso de envejecimiento se asocia a cambios físicos, mentales y sociales que pueden repercutir sobre la capacidad funcional de la persona mayor, ocasionando una pérdida de autonomía y la aparición de dependencia. Es fácil comprender que en el mayor debemos hacer un enfoque diagnóstico, clínico y terapéutico diferente si tenemos en cuenta la presencia de cambios fisiológicos y anatómicos asociados a la edad, la forma atípica de presentación de las enfermedades, su especial vulnerabilidad ante agresiones externas e internas y la presencia de patologías propias de esta edad (síndromes geriátricos). La VGI constituye la herramienta principal de la asistencia al paciente mayor. Ya hemos comentado que fue definida por Rubenstein como “el proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicos, funcionales, psíquicos y sociales del mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo”. Su aplicación implica seguir un patrón bio-psico-social-funcional que nos permite, con un análisis estructurado, detallar los aspectos más relevantes que influyen en la situación actual del anciano. Todas las esferas interactúan entre sí, de forma que los cambios en cada una de ellas repercuten sobre las demás. La VGI se aplicará a todos nuestros pacientes en los distintos niveles asistenciales. Se puede llevar a cabo por un equipo interdisciplinar (geriatras, enfermeros, trabajadores sociales...) que diseñará un plan individualizado de actuaciones, recomendaciones y cuidados para la corrección de los problemas detectados y la obtención de los objetivos fijados. Este plan no es inamovible y deberá ser modificado en función de la consecución de dichos objetivos, la situación clínica y la evolución que presente el paciente.

Objetivos y beneficios de la valoración geriátrica integral.

La VGI establece como objetivos:

- Conocer la situación basal del paciente.
- Mejorar la precisión diagnóstica.
- Evaluar la repercusión funcional de la enfermedad.
- Diseñar planes de cuidados y tratamiento.
- Seguimiento de la respuesta al tratamiento.
- Ofrecer la ubicación más adecuada.
- Optimizar el uso de recursos sanitarios y sociales.

Los beneficios del uso de la VGI en el medio hospitalario y unidades de media estancia incluyen el aumento de la supervivencia, la mejora de la capacidad funcional y una mayor probabilidad de volver al domicilio tras el alta hospitalaria. Además, hay mejoría del estado afectivo y cognitivo, una reducción del número de fármacos, menos ingresos en hospitales y residencias, con mayor uso de los servicios domiciliarios. En definitiva, sus ventajas repercutirán directamente en la mejoría de la calidad de vida de la persona mayor, intentando reducir el impacto de las enfermedades crónicas, minimizar el grado de incapacidad y disminuir al máximo el periodo de vida dependiente, sin olvidar la reducción del coste de la asistencia global.

Estructura e instrumentos de la valoración geriátrica integral

Para facilitar la recogida de información, agilizar su transmisión entre profesionales y homogeneizar criterios, la VGI se ayuda de instrumentos o escalas estandarizadas, que permiten cuantificar de forma objetiva, válida, reproducible y fiable los datos relativos a las diferentes esferas evaluadas. Estas escalas son un complemento en la valoración del paciente, pero no debemos basarnos únicamente en ellas a la hora de realizar los diagnósticos, lo fundamental siempre es la clínica y el uso de dichas escalas nos debe servir de apoyo y orientación.

Evaluación biomédica: anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

En el paciente mayor la anamnesis requiere más tiempo debido al frecuente deterioro en varias esferas que dificultan la comunicación, siendo a veces necesaria la participación familiar para completar la historia clínica. Debemos recoger los antecedentes personales y familiares, diagnósticos previos, síndromes geriátricos, hospitalizaciones, cirugías, tratamientos previos con dosis y reacciones adversas medicamentosas y por último relatar la enfermedad actual. La evaluación física del paciente mayor debe hacerse con la misma metodología que en el resto de pacientes, comprendiendo los cambios normales relacionados con el envejecimiento y poniendo especial atención en los sistemas que se ven afectados con mayor frecuencia, sin olvidar interrogar por la presencia de dolor, sus características y localizando los puntos dolorosos. La exploración física comenzará por la observación e inspección del estado general del paciente.

Posteriormente se realizará la toma de constantes y la exploración topográfica tal y como se expone a continuación:

■ **Constantes:** tensión arterial en decúbito y bipedestación, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno.

■ **Aspecto general:** actitud, grado de conciencia, de atención y de colaboración, estado de hidratación y nutricional (peso, altura e Índice de Masa Corporal).

■ **Cabeza:** inspeccionar asimetrías faciales, la presencia de arco senil corneal, las alteraciones palpebrales, cavidad oral y dentadura, además de palpar puntos dolorosos y las arterias temporales.

■ **Cuello:** valorar su movilidad, el dolor a la palpación de la columna cervical, el latido carotídeo, palpar el tiroides y la presencia de adenopatías.

■ **Tórax:** inspeccionar la existencia de curvaturas patológicas (pueden indicar fracturas osteoporóticas) y la movilidad durante la respiración. Auscultar los tonos cardiacos (ritmo, soplos y ruidos añadidos) y los pulmonares (murmullo vesicular y ruidos anormales como roncus o crepitantes que en el anciano pueden no tener significado patológico).

■ **Abdomen:** observar la presencia de hernias, auscultar los ruidos hidroaéreos y soplos, detectar masas y megalias, dolor superficial y profundo. Es importante realizar un tacto rectal para detectar la presencia de hemorroides, fecalomas, masas y ver el

aspecto de las heces. Además permite valorar en el varón las características de la próstata.

■ **Extremidades:** valorar deformidades óseas, atrofas musculares, dolor a la movilidad activa y pasiva, cambios tróficos cutáneos y pulsos.

■ **Exploración neurológica:** explorar el grado de conciencia, los pares craneales (es frecuente que tengan pupilas pequeñas con reflejo fotomotor disminuido), la fuerza y la sensibilidad, el lenguaje, la marcha y el equilibrio. Se debe detectar la presencia de cuadro confusional agudo, con especial interés en el hipoactivo que a menudo está infradiagnosticado. Hay que constatar la presencia o no de rigidez, reflejos patológicos (como los de liberación frontal) y movimientos anormales.

■ **Piel:** observar la coloración y el estado de la misma, así como la existencia de atrofia cutánea, hematomas, petequias y úlceras de decúbito.

■ **Genitales externos:** valorar alteraciones como atrofia, ulceraciones o infecciones.

A continuación, se procederá a solicitar las pruebas complementarias necesarias y justificadas según la anamnesis y los hallazgos exploratorios. En este punto hay que tener en cuenta los riesgos de algunas pruebas en el paciente mayor para evitar la posible iatrogenia, la existencia de diferentes límites de normalidad y las dificultades a la hora de realizar algunas de las técnicas (p. ej. en una persona con una cifosis torácica y encamada no se podrá valorar en una radiografía de tórax con precisión el índice cardiorácico). En general en una valoración inicial y siempre individualizando, las pruebas complementarias más usadas son la analítica de sangre (hemograma, bioquímica completa y coagulación), sedimento de orina y urocultivo, el electrocardiograma y la radiografía.

Evaluación funcional.

La valoración funcional nos informa sobre la capacidad que tiene el paciente para llevar a cabo su vida habitual y mantener su autonomía en su medio. Es necesario conocer la situación funcional basal y, si se ha producido algún cambio, desde cuándo y con qué lo relaciona. Existen dos grandes áreas de evaluación funcional de interés clínico, las actividades de la vida diaria básicas (ABVD) y las instrumentales (AIVD). Además hay que valorar la marcha, los órganos de los sentidos y el estado nutricional. Las ABVD miden los niveles más elementales de función. Se trata de las actividades más básicas y por tanto son las últimas en alterarse de forma ordenada e inversa a su adquisición en la infancia. Los dos índices más utilizados en nuestro entorno son el índice de Katz y el de Barthel.

-El índice de Katz evalúa la dependencia (el anciano necesita ayuda de otra persona o no es capaz de realizar la actividad) o independencia (si no precisa de asistencia) de 6 ABVD: baño, vestido, uso del retrete, transferencias, continencia y alimentación. Se clasifica en 7 grados desde la independencia total (grado A) hasta la dependencia total (grado G). Es una escala válida, predictiva y con reproductibilidad intra e interobservador, pero no es sensible a pequeños cambios clínicos y su utilidad varía en función del medio asistencial donde se aplique.

-El índice de Barthel evalúa 10 ABVD: comida, baño, aseo, vestido, uso del retrete, continencia urinaria y fecal, transferencias, deambulación y subir/bajar escalones. Se clasifica de 0 (dependencia total) a 100 (independencia total). Define cuatro categorías de dependencia: grave (menor de 45 puntos), moderada (entre 45 y 60 puntos) y leve (mayor o igual de 65 puntos). Esta escala valora mejor la movilidad y los pequeños cambios clínicos. b. Las AIVD son actividades más complejas e implican la capacidad previa de hacer las ABVD. Además, son más útiles en la detección de los primeros grados del deterioro funcional del paciente. La escala más difundida es la de Lawton y Brody que valora ocho AIVB: cocinar, realizar tareas domésticas, cuidado de la casa, comprar, uso de transporte y teléfono, manejar su propia medicación y su dinero. Puntúa cada ítem de 0 (no realiza la actividad) o 1 (sí es capaz de realizar dicha actividad) con un máximo de 8 puntos. Sus resultados se adaptan en función del sexo debido a que ciertas actividades instrumentales habitualmente son realizadas por mujeres.

-Índice de Lawton y Brody para evaluar las actividades instrumentales: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, usar medios de transporte, tomar los medicamentos, utilizar el dinero. Puntuación Total: Puntuar 1 si es independiente y 0 si es dependiente. Sumar para obtener la puntuación total (0 a 8).

La movilidad es otro punto fundamental que depende de la coordinación, del equilibrio y de los sistemas nerviosos y osteoarticular. Existen distintas escalas que valoran la movilidad. Entre ellas destacan la Functional Ambulation Classification (FAC) que clasifica la movilidad en función de la ayuda requerida y la capacidad de salvar escaleras, la escala de Tinetti que incluye la valoración del equilibrio y de la marcha e indica alto riesgo de caídas con una puntuación total inferior a 19 puntos y el test *Get up and go* (“Levántese y ande”) que cronometra el tiempo que tarda el paciente en levantarse de una silla con apoyabrazos, andar 3 metros, girar y volver a sentarse, si este tiempo supera los 20 segundos hay riesgo de caídas y más de 29 segundos indica alto riesgo de caerse.

La valoración nutricional no debe omitirse nunca y permite determinar si existe malnutrición o riesgo de la misma. Entre las escalas utilizadas destaca el Mini Nutritional Assessment (MNA) que evalúa la disminución del apetito y del peso, la existencia de enfermedades agudas y mentales y el Índice de Masa Corporal (IMC). Otro problema relacionado con la nutrición y prevalente en la población geriátrica es la disfagia, que se puede valorar mediante el Volume Viscosity Test.

Evaluación mental. Incluye tres áreas: cognitiva, afectiva y onírica.

a. Función cognitiva: es importante evaluar las quejas mnésicas, incluyendo el inicio y el curso de las mismas e interrogando tanto al paciente como al cuidador principal. Las principales escalas para su detección y estadificación son el Minimental State Examination de Folstein (MMSE), el Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC), el test del reloj y la Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS).

– El MMSE es útil en el screening de deterioro cognitivo moderado, seguimiento en el tiempo y como factor pronóstico de mortalidad, morbilidad y coste sanitario; sin

embargo no es capaz de detectar deterioros muy incipientes. Explora la orientación temporo-espacial, memoria reciente y fijación, atención, cálculo, capacidad de abstracción, lenguaje y praxis. Tiene un valor máximo de 30 puntos y puntuaciones inferiores a 24 indican deterioro cognitivo. Para su interpretación hay que tener en cuenta el nivel cultural y la escolaridad de la persona mayor.

– El test del reloj valora el funcionamiento cognitivo y sirve como herramienta de despistaje y seguimiento de deterioro cognitivo. Se indica al paciente que dibuje un reloj y marque una hora concreta, generalmente las once y diez (el reloj debe incluir las doce horas y las agujas del reloj en la posición indicada para darse la prueba como correcta).

– La escala de deterioro global de Reisberg GDS se utiliza para la estadificación del deterioro cognitivo en siete estadios (1: normal a 7: demencia severa) según el grado de afectación cognitiva y la repercusión funcional que provoca.

– En aquellos pacientes con deterioro cognitivo, es importante la valoración de la presencia de sintomatología psico-conductual como agitación, inquietud psicomotriz, inversión del ciclo sueño-vigilia, ideas delirantes y alucinaciones y se deben evaluar mediante la observación del propio paciente e interrogando a la familia.

b. Esfera afectiva: la depresión se diagnostica basándose en la clínica y guiándose con los criterios diagnósticos de la DSM-IV, sin olvidar que los pacientes mayores presentan habitualmente sintomatología depresiva larvada, atípica y con síntomas somáticos. Existen cuestionarios útiles en su detección como la Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) con 15 preguntas dicotómicas que sugieren sintomatología depresiva si la puntuación es mayor a 5.

Otras escalas para la evaluación de sintomatología depresiva son el Inventario de depresión y ansiedad de Hamilton y la Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

c. Valoración (onírica) del sueño: interrogar al paciente sobre el patrón habitual de sueño. Se deberá evaluar la presencia y características de insomnio y posibles causas modificables.

Evaluación social. En los pacientes mayores es de gran importancia el conocimiento de su situación social para conseguir un manejo clínico adecuado. Entre los datos que se deben recoger destacan el estado civil, las relaciones familiares, las condiciones de la vivienda (incluyendo el piso y si cuenta con ascensor), las ayudas públicas y privadas que recibe y la carga que impone el cuidado del mayor sobre el núcleo familiar. La gran variabilidad en la esfera social y la influencia del entorno sociocultural hacen que las escalas existentes no sean imprescindibles ni generalizables. Una de las escalas más utilizadas hoy en día es la escala de valoración de recursos sociales de Gijón que evalúa la situación familiar, la situación económica, las condiciones de la vivienda, las relaciones sociales y los apoyos de la red social.

Plan por problemas Los pacientes mayores suelen tener varios problemas de salud con orígenes diferentes, coexistiendo varias patologías que explican el mismo complejo semiológico. Por este motivo, la valoración geriátrica integral deberá ir ligada al tratamiento organizado e individualizado de los problemas encontrados utilizando un

formato de historia por problemas. En ella, se enumerarán los problemas fundamentales y la estrategia diagnóstica y terapéutica para cada uno de ellos tanto a corto como a largo plazo, modificando las actuaciones según los resultados obtenidos. Los problemas encontrados pueden ser enfermedades agudas y crónicas incluyendo síndromes geriátricos como: estreñimiento, incontinencia, úlceras por presión, deterioro cognitivo, delirium, depresión, trastornos del sueño, alteraciones de la marcha, malnutrición, déficits sensoriales, polifarmacia y reacciones adversas medicamentosas; pérdidas funcionales como dependencias en actividades básicas o instrumentales; problemática social como falta de recursos económicos, apoyo familiar, vivienda inadaptada o cualquier tipo de maltrato. En función de los problemas se planteará un manejo individualizado incluyendo pruebas complementarias cuando sean necesarias, prescripciones farmacológicas, dietéticas o protésicas; valoración por otros especialistas, tratamientos quirúrgicos, rehabilitación, ayudas técnicas (silla de ruedas, andador...), terapia ocupacional y cognitiva. Se ofrecerán los recursos sociales disponibles y necesarios como asistencia a domicilio, asistencia a centro de día y cuando fuera necesario traslado al nivel asistencial más adecuado ya sea planta de agudos, hospital de día, unidad de media estancia, residencia de ancianos, seguimiento por consultas de geriatría o de forma ambulatoria por su médico de familia. Cuando uno de estos problemas sea irresoluble se deberá explicar con claridad al enfermo y sus cuidadores para poder centrar la atención en el resto.

GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

La Geriatria como especialidad médica se ve definida no sólo por la edad de sus pacientes sino también por el empleo de una serie de instrumentos que posibilitan su ejercicio. Entre ellos se encuentra el concepto de “paciente geriátrico” (frente al anciano sano o con enfermedades no limitantes), el modelo de trabajo en equipo interdisciplinario, la asistencia al paciente en diferentes niveles asistenciales (unidad de agudos, de media estancia, hospital de día, atención domiciliaria), el uso de la valoración integral (clínica, funcional, mental y social) como técnica diagnóstica propia y principal, la necesidad de una coordinación estrecha con la Atención Primaria y con los servicios sociales y por último, pero no menos importante, la aplicación de la Medicina Geriátrica. La Medicina Geriátrica que a su vez, abarca el conocimiento de una serie de peculiaridades propias del paciente de edad avanzada, como son los cambios fisiológicos en los diferentes órganos y sistemas que ocurren en el envejecimiento humano, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes en la vejez, las formas de presentación atípica de muchas de esas enfermedades, la diferente sensibilidad y respuesta a los fármacos, la necesidad frecuente de tratamiento funcional y el conocimiento de lo que se conoce como “síndromes geriátricos”.

Origen de los síndromes geriátricos

La mayoría de los conceptos básicos que dieron origen a la Geriatria se desarrollaron en el Reino Unido durante la segunda mitad del siglo XX. A partir de la Segunda Guerra Mundial se manifestaron un grupo de médicos que proponían una asistencia sanitaria para los ancianos de la misma calidad que para los adultos más jóvenes. En aquellos años existía la idea entre los profesionales sanitarios de que la vejez y la enfermedad eran conceptos sinónimos y de que no había expectativas esperadas ni terapias para los ancianos enfermos. Como consecuencia de ello, se produjo una atención inadecuada de sus patologías agudas y muchos problemas se vieron cronificados. Antes o después aparecían complicaciones como la pérdida de la movilidad, la confusión mental o la incontinencia que se atribuían equivocadamente a la propia edad de los pacientes en lugar de una falta del tratamiento adecuado en el momento oportuno. Los primeros geriatras surgieron en los hospitales de larga estancia de los años cuarenta y comprobaron cómo muchos de sus pacientes, considerados desahuciados e ingresados de por vida, a los que llamaban “ancianos enfermos crónicos”, eran capaces no sólo de mejorar sino también de recuperar la autonomía e incluso ser dado de alta tras el tratamiento adecuado. En los años siguientes las unidades geriátricas se extendieron en los hospitales ingleses. Surgió pronto el interés por conocer qué diferencias tenían los ancianos que ingresaban en las plantas de Medicina Interna de los que ingresaban en las de Geriatria, a los que ya se denominaba con el apelativo de “pacientes geriátricos”. En los años sesenta, Bernard Isaacs, del Hospital Royal Infirmary de Glasgow, (hospital que tuve la oportunidad de visitar durante mi período de formación geriátrica) describió la mayor frecuencia de una serie de problemas a los que se denominaron “síndromes” y que eran los ictus, las caídas, la pérdida de la deambulacion, la incontinencia y las alteraciones mentales. Ésta es, probablemente, la primera descripción científica de lo que conocemos hoy como “síndromes geriátricos”. Unos años más tarde, el mismo autor hace ya una exposición más refinada y teórica del tema describiendo a los que llama los cuatro “gigantes de la Geriatria” y que considera el campo de acción de la especialidad, como son: la inmovilidad, la inestabilidad, la incontinencia y el deterioro

intelectual. El concepto de síndromes geriátricos o gigantes de la Geriatria es pues relativamente reciente, pero ha adquirido relevancia en las últimas décadas. Algunos ejemplos de su importancia son que actualmente constituyen un apartado casi obligado en los manuales y tratados de Geriatria, forman parte de los programas de formación de pregrado y de postgrado en la especialidad tanto nacionales como europeos y americanos, se incluyen entre los estándares que debe cumplir la atención sanitaria a los ancianos y figura en la Carta de Derechos de las Personas Mayores aprobada por la International Association of Gerontology como problemas de salud que deben ser estudiados y tratados específicamente en los ancianos. Con la adquisición de tal importancia, el concepto inicial se ha visto hipertrofiado con el tiempo. Desde las primeras publicaciones de Isaacs, múltiples autores, con un enfoque algo diferente o más laxo que el de aquél, han ido añadiendo otros nuevos síndromes geriátricos a los cuatro primeros.

Concepto de síndromes geriátricos

En una fase inicial, la que propició su definición, los síndromes geriátricos eran las características que presentaban con más frecuencia los ancianos ingresados en Geriatria respecto a los de otros servicios. Los geriatras mejoraron progresivamente su destreza en el diagnóstico y tratamiento de estos problemas de manera que se le fue dando la vuelta al concepto y actualmente se considera que son pacientes candidatos a ser tratados por Geriatria a los portadores de algunos o varios de ellos. Han sido definidos como “un conjunto de cuadros originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano y que son frecuentes origen de incapacidad funcional o social”. Cada uno de ellos puede ser originado por una extensa lista de causas diferentes que, por otra parte, suelen presentarse de forma conjunta en los ancianos, resultando a menudo en una etiología multifactorial. Recientemente, además, se ha desarrollado la teoría de que es posible que varios síndromes geriátricos compartan factores de riesgo comunes; por ejemplo, los trastornos afectivos, la deprivación sensorial, la aparición en la movilidad de miembros superiores y de miembros inferiores son todos ellos factores de riesgo comunes para la aparición de caídas, incontinencia y deterioro funcional, y a mayor presencia de varios de dichos factores de riesgo, mayor probabilidad de que un paciente anciano presente varios de estos síndromes geriátricos. Todo esto conduce, en la práctica, a la conclusión de que es necesaria una intervención simultánea sobre varios de esos factores de riesgo (intervención multifactorial) para conseguir una prevención eficaz como luego veremos. En este discurso no puedo por razones obvias, hacer una descripción exhaustiva de los mismos ya que no es el objetivo principal, pero si al menos hacer una visión global destacando los aspectos más importantes, y en la bibliografía utilizada y recomendada se citan excelentes textos y artículos donde se puede ampliar esta información.

Características comunes de los síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos comparten entre sí una serie de características que les son comunes. Son las siguientes:

1. En primer lugar, su frecuencia elevada. Su incidencia y prevalencia son elevadas entre la población mayor de 65 años en general, claramente mayor que entre los adultos más jóvenes. Pero aumenta aún más si consideramos determinados grupos como son los mayores de 80 años o las personas hospitalizadas o residentes en instituciones.

2. En segundo lugar, tienen en común su carácter sindrómico: cada uno de ellos constituye una forma de presentación (conjunto de síntomas y signos) de diferentes procesos causales. Casi cualquier enfermedad puede presentarse en el anciano como uno de estos síndromes. Por ello, el diagnóstico de estos problemas permite llegar al diagnóstico de enfermedades no conocidas previamente.
3. Una vez que aparecen, todos ellos generan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que los padecen y a menudo generan o incrementan la dependencia de otras personas. Su aparición aumenta las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social e incluso favorece el aislamiento social y la institucionalización del anciano.
4. En muchos casos su aparición es prevenible y cuando son bien estudiados y diagnosticados son susceptibles de tratamiento prácticamente siempre.
5. Su diagnóstico y tratamiento requieren de los principales instrumentos de la Geriátrica: la valoración integral, el trabajo en equipo interdisciplinario y el correcto uso de los niveles asistenciales, desde la hospitalización de agudos hasta la atención domiciliaria.

Etiología de los síndromes geriátricos

Las etiologías más frecuentes de los síndromes geriátricos, excederían los límites de este discurso. Aun así, citaré algunos de los procesos susceptibles de provocar estos problemas en las personas mayores. En el caso de la incontinencia urinaria existen tanto factores generales (por ejemplo, cualquier infección aguda importante), sistémicos o a distancia (por ejemplo, enfermedades del sistema nervioso central) como problemas cercanos (por ejemplo, la impactación fecal) y lesiones del propio sistema urogenital (desde la simple debilidad del suelo de la pelvis hasta los tumores vesicales) que la pueden provocar. Las causas de las caídas suelen ordenarse en causas extrínsecas, que son las que se originan fuera del paciente, como los obstáculos, suelos resbaladizos, estancias mal iluminadas, etc. y causas intrínsecas o dependientes del enfermo, como son la presencia de las enfermedades concomitantes o la toma de los fármacos sedantes, o inductores del sueño. Por regla general es más sencilla la actuación sobre las causas extrínsecas.

Respecto a la inmovilidad, son muchos los problemas de salud que pueden provocarla en el anciano; sin embargo, el ingreso hospitalario o sus consecuencias (inserción de catéteres, sujeciones, encamamiento, etc.) probablemente sea el que más causa este síndrome. Por último, el deterioro cognitivo puede presentarse en forma de cuadros bien descritos y por lo general clínicamente definidos como el síndrome confusional agudo (secundario a infecciones, anemia, patología de casi cualquier sistema, ingresos hospitalarios y cambios de domicilio, etc.) o como la demencia de diferentes causas (enfermedad de Alzheimer, etiología vascular, formas mixtas, enfermedad por cuerpos de Lewy, etc.). Pero también se presenta con formas de diagnóstico más difícil y semiología menos característica, asociado o no a otros problemas de salud, entidades que reciben distintos nombres, como trastorno cognitivo asociado a la edad, deterioro cognitivo leve, etc. De manera que en unas ocasiones la etiología de un síndrome geriátrico es múltiple, pero en otras una misma causa puede provocar diferentes síndromes. Esta situación de etiología multifactorial ocurre con frecuencia en muchos problemas clínicos del anciano. También puede ocurrir que la presencia de un síndrome geriátrico sea un factor causal para la aparición de otro diferente. Otra vía frecuente de producción es la conocida como “la cascada de la incapacidad y la dependencia” que consiste en que una vez que aparece un problema de salud o funcional su sola presencia

puede generar otro, y éste otro más y así sucesivamente, desencadenando un fenómeno en cascada que va deteriorando progresivamente la situación del anciano, ocurriendo una reducción de fuerza muscular, de capacidad aeróbica, de densidad ósea, de ventilación pulmonar, de sensación de sed y de sensibilidad esfinteriana, mayor inestabilidad vasomotora y fragilidad cutánea más la hospitalización, reposo en cama, inmovilización, todo ello estudiado en un trabajo ya clásico de Creditor: *“Peligros de la hospitalización de los ancianos”*, en el que se ve cómo se relacionan entre sí esta serie de circunstancias en el caso de un paciente anciano hospitalizado por cualquier causa que se ve sometido a inmovilización en cama, lo que ocurre con frecuencia.

Consecuencias de los síndromes geriátricos.

La aparición de problemas con los síndromes geriátricos no termina con la presencia de éstos. Por el contrario, como hemos dicho anteriormente, cada síndrome geriátrico genera nuevos problemas de salud y sociales. Destacan aquellas consecuencias que pueden ser originadas por varios síndromes geriátricos diferentes. Comparten, además, la condición de provocar una merma en la calidad de vida del anciano pues se trata de problemas tan importantes como ansiedad, depresión, aislamiento social, necesidad de ayuda de otras personas o institucionalización (ingreso en residencias de ancianos). Muchas de las consecuencias provocadas por los diferentes síndromes geriátricos se encuentran también entre las causas generadoras de éstos, por lo que la situación creada puede adquirir la dinámica de un círculo vicioso, provocando un deterioro progresivo en la situación del anciano. De todo lo anterior se deduce la necesidad de interrumpir esta cadena de problemas en cualquiera de sus fases en que el profesional sanitario se la encuentre.

Planteamiento de actuación general ante los síndromes geriátricos.

Las posibilidades de actuación de los profesionales sanitarios en los pacientes que presentan grandes síndromes geriátricos comprenden varios pasos en los que es posible una intervención eficaz. El planteamiento más eficaz es la prevención primaria. Si se previene con éxito su aparición se evitarán tanto las consecuencias como la entrada en el círculo vicioso que autoperpetúa y magnifica los problemas. Una vez que está presente un síndrome geriátrico, el siguiente reto es su detección. Con frecuencia el conocimiento de su presencia es tardío, cuando el problema está evolucionando. Los motivos para que esto preceda son varios. Por un lado, los ancianos no suelen referir los síndromes geriátricos como problemas de salud, bien porque no los considerando como tales (“son cosas de la edad”) o porque su expresión suscita vergüenza o reparo (típicamente en el caso de la incontinencia). Por otro lado, la historia clínica clásica no es suficiente para percibir muchos de estos problemas y es preciso aplicar una valoración integral para detectarlos. Es un hecho confirmado por varios estudios que, sin una valoración geriátrica, pasan desapercibidos para el médico el 45%-74% de los casos de deterioro cognitivo, el 20%-80% de las alteraciones de movilidad, el 60%-85% de los que padecen incontinencia o el 70% de los que se encuentran en riesgo de caídas. Además, los casos detectados sin una valoración geriátrica son reconocidos frecuentemente en fases avanzadas, cuando ya se encuentran en un estadio grave, por ejemplo, cuando la incontinencia ya precisa que se prescriben pañales, cuando la inmovilidad se complica con úlceras por presión o cuando las caídas son de tal intensidad que provocan traumatismos craneales.

Una vez que se ha detectado la presencia de un síndrome geriátrico es necesario realizar un diagnóstico etiológico. Siempre existe una o varias causas subyacentes, como hemos visto. Si no se tratan y corrigen estas causas se pierde la posibilidad de un tratamiento curativo, se mantiene el riesgo del problema que han provocado, y sigue existiendo una alta probabilidad de que se presenten otros síndromes diferentes y asociados de nueva aparición. En la mayoría de los casos de síndromes geriátricos, además del tratamiento etiológico va a ser preciso el tratamiento fisiopatológico y funcional del problema con el fin de recuperar el nivel de función anterior. Así, en los pacientes con determinados tipos de incontinencia son muy útiles los ejercicios del suelo pélvico y la micción programada. En muchos casos de inmovilidad es necesaria la fisioterapia y la terapia ocupacional o el uso de ayudas técnicas. Muchos pacientes con caídas se benefician de programas de coordinación neuromuscular, potenciación motora o restauración del equilibrio. En casos de deterioro cognitivo por confusión aguda las medidas generales de adaptación al entorno atenúan el cuadro y lo acortan, y en los provocados por demencia en fases incipientes el funcionamiento mental residual del paciente puede consolidar más tiempo mediante talleres de memoria o programas de orientación a la realidad.

La prevención terciaria, una vez que ya ha aparecido y ha sido detectado un síndrome geriátrico, tiene por objeto reducir al mínimo sus complicaciones. Por ejemplo, si un paciente padece una caída con fractura de cadera, la práctica clínica correcta consiste en la reducción del tiempo de inmovilidad mediante una cirugía quirúrgica temprana, el tratamiento de fisioterapia para la deambulación precoz, la prevención y tratamiento inmediato de las complicaciones intrahospitalarias que son frecuentes en estos pacientes como el estreñimiento, la incontinencia funcional, el delirium, la desnutrición proteica, los problemas de la piel de apoyo, el síndrome postcaída con miedo de volver a caer o incluso el aislamiento social que puede aparecer cuando se pierde la autonomía para la deambulación. Por último, incluso en los casos con evolución tórpida hacia la cronificación de estos problemas, la asistencia geriátrica de calidad abarca el seguimiento continuado del paciente, en coordinación con los equipos de Atención Primaria y los servicios sociales de la comunidad (ayudas a domicilio) o institucionales (residencias de ancianos), con el objetivo de mejorar en lo posible la dignidad y la calidad de vida de estos pacientes.

Prevención de los síndromes geriátricos más importantes

Los aspectos relacionados con la prevención de los síndromes geriátricos pueden abordarse desde varias perspectivas. Desde una perspectiva general o teórica, sería posible retrasar la aparición de la discapacidad y el deterioro actuando sobre los factores predisponentes que son modificables. Aunque es difícil actuar en la disminución de la reserva biológica que facilita la aparición de los síndromes geriátricos y el deterioro funcional, que influyen en una serie de factores poco modificables como el envejecimiento biológico o la influencia de diferentes enfermedades, pero existen otros factores sobre los que sí es posible actuar. El primer grupo lo constituyen los estilos de vida saludables, adecuada actividad física, la correcta nutrición y la evitación de hábitos tóxicos, entre otros, favorecen un envejecimiento más saludable y el mantenimiento de la reserva biológica. El segundo grupo de actuaciones, desde el ámbito de la atención sanitaria, consiste en la atención adecuada sobre los problemas de salud. Las actividades

de autocuidado personal, la prevención de factores de riesgo conocidos, la correcta asistencia sanitaria de los problemas que han aparecido. Igualmente podemos revisar las acciones particulares que pueden servir en la prevención de los principales síndromes geriátricos. Quizás como consecuencia de la aplicación de los conocimientos sobre los factores de riesgo (especialmente cardiovasculares) y los estilos de vida saludables.

Inmovilidad. Úlceras por presión.

El síndrome de inmovilidad se define como la restricción, generalmente involuntaria, en la capacidad de transferencia y/o desplazamiento de una persona a causa de problemas físicos, funcionales o psicosociales. Este síndrome es considerado como una vía común, a través de la cual muchas enfermedades y trastornos del adulto mayor producen gran discapacidad. Los problemas de movilidad afectan a casi el 20% de los individuos mayores de 65 años. A partir de los 75 años, aproximadamente el 50% de los ancianos tiene problemas para salir de su casa y un 20% se halla confinado en su domicilio.

La etiología de la inmovilidad es multifactorial, incluyendo causas tan diversas como enfermedades osteoarticulares (artrosis, fracturas, patología de los pies, etc.), patología cardiovascular (ictus, cardiopatía, hipotensión ortostática, diabetes, etc.), trastornos neuropsiquiátricos (demencia, enfermedad de Parkinson, depresión, etc.), obstáculos físicos, hospitalización, aislamiento, orden médica y, por supuesto, fármacos (sedantes, opiáceos, neurolépticos, antidepresivos) cuyos efectos secundarios aumentan la fragilidad del anciano. Las principales consecuencias de este síndrome son: rigidez articular, debilidad y contracturas musculares, osteoporosis, retención e incontinencia urinaria, estreñimiento, úlceras por presión, trombosis, infecciones respiratorias, deshidratación, hipotermia, síndrome confusional, depresión, aislamiento social, dependencia e institucionalización.

Prevención y tratamiento

El mejor tratamiento de este síndrome, y en general de cualesquiera de los síndromes geriátricos, es la prevención. Existe un especial riesgo de inmovilidad en pacientes con afectación de alguno de estos cuatro sistemas: muscular, articular, cardiovascular y neurológico. Por tanto, los pacientes diagnosticados de enfermedades que afecten a dichos sistemas deben ser estimulados para mantener un nivel de actividad adecuado a sus circunstancias, y si lo precisan, deben ser incluidos en programas de actividad dirigida, fisioterapia y terapia ocupacional.

Continuando con la prevención, no debe olvidarse el importante papel que desempeña la educación para la salud; así pues, debe instruirse al anciano y/o a su cuidador sobre las siguientes cuestiones:

- * Importancia de realizar ejercicio físico, siempre, obviamente, adaptado a las peculiaridades del anciano.
- * Efectos secundarios de los medicamentos que esté tomando, que puedan afectar a la capacidad de movimiento.
- * Cómo y cuándo realizar cambios de posición.
- * Cuidados básicos de la piel.

* Recursos técnicos de movilización (andadores, muletas, etc.), de protección (colchones especiales, etc.), entre otros.

Inestabilidad y caídas

La caída se define como la precipitación repentina al suelo, que se produce de forma involuntaria, y que puede acompañarse o no, de pérdida de conciencia. Epidemiológicamente, los accidentes son la sexta causa de mortalidad en personas mayores de 75 años, y de éstos, las caídas son la principal causa. El riesgo es mayor en ancianos hospitalizados, sobre todo en la etapa inmediatamente posterior a su ingreso, debido al rechazo a una actitud sobreprotectora. El origen de este síndrome es también multifactorial: enfermedad osteoarticular, cardiovascular, neuropsiquiátrica, causas extrínsecas (obstáculos físicos, calzado, domicilio, escaleras, etc.) y efectos secundarios de ciertos fármacos, principalmente: hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos, vasodilatadores, diuréticos, digitálicos y bloqueantes beta.

Los factores de riesgo más importantes para la aparición de este síndrome incluyen: debilidad muscular, alteraciones de la marcha y el equilibrio, deterioro de las funciones mentales, deterioro en las actividades de la vida diaria y polimedicación.

Consecuencias del síndrome de inestabilidad-caídas

Las consecuencias de este síndrome pueden clasificarse en inmediatas y tardías. Las primeras incluyen:

* Lesiones menores en partes blandas y fracturas, que son más frecuentes en la cadera, el fémur, el húmero, las muñecas y las costillas; también se debe considerar la posibilidad de un hematoma subdural, después de un deterioro cognitivo no explicable.

* La dificultad para levantarse se produce en el 50% de los casos, y el 10% permanece en el suelo más de una hora, lo cual puede provocar deshidratación, infecciones y trastornos psicológicos, y en algunos puede producirse un cuadro de hipotermia, capaz de generar la muerte en el 90% de los casos.

Las consecuencias tardías comprenden:

* Limitación funcional que puede llevar a la inmovilidad con todas sus complicaciones.

* Síndrome poscaída, caracterizado por la falta de confianza del paciente en sí mismo, por miedo a volver a caerse y restricción de la deambulación, ya sea por él mismo o por sus cuidadores, llegando al aislamiento y a la depresión.

Prevención y tratamiento

Respecto al tratamiento y prevención del síndrome de inestabilidad-caídas, es preciso, lógicamente, poner remedio a las consecuencias agudas que derivan de la caída y las enfermedades subyacentes; sin embargo, lo más importante es prevenir las caídas sin limitar la movilidad, la independencia y las actividades de la vida diaria. Entre las medidas de autocuidado para prevenir las caídas se incluyen: conocer qué enfermedades

y qué medicamentos pueden provocar caídas, revisar la visión y prestar atención al cuidado de los pies, hacer ejercicio y seguir una dieta equilibrada, realizar actividades de la vida diaria tan pronto como sea posible después de la caída, etc.

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina, que es objetivamente demostrable y que constituye un problema social e higiénico. Su prevalencia aumenta con la edad, afectando al 60% de los ancianos hospitalizados y a casi el 50% de los ingresados en instituciones geriátricas, a diferencia de los que viven en la comunidad, para los cuales se han reportado cifras de prevalencia que oscilan entre el 10% y el 25%. Menos de la mitad de los pacientes afectados por este problema busca ayuda médica, habiéndose encontrado que la incontinencia limita al 30% de los que la sufren para usar el transporte público, al 45% para visitar a sus amigos y al 40% para hacer la compra; por tanto, es obvio que la incontinencia es un problema que genera gran dependencia y aislamiento social, a lo que se une un elevado gasto sanitario derivado de la necesidad de utilizar métodos paliativos (colectores, absorbentes, etc.). En mi experiencia personal sobre todo en la Residencia donde trabajaba, era muy frecuente el ocultar el problema de la incontinencia, a pesar de la insistencia por mi parte en preguntar si había durante la anamnesis, y sin embargo era frecuente su negación entre los mayores, tanto es así que en ocasiones dejaban la silla donde estaban sentados manchada de orina y era signo claro de su presencia y al final era reconocido por los pacientes y así se podía plantear medidas y tratamiento. En función de su frecuencia, se distingue entre incontinencia aguda o pasajera, cuya duración oscila entre 3 y 4 semanas, e incontinencia persistente o crónica, con una duración superior a 4 semanas.

Al igual que otros síndromes geriátricos, su etiología es multifactorial; así pues, causas como infecciones genitourinarias, delirio u otros estados confusionales, determinados tratamientos farmacológicos (diuréticos, anticolinérgicos, antidepresivos, etc.), alteraciones psicológicas, movilidad limitada o impactación fecal pueden dar lugar a una incontinencia transitoria, mientras que otros factores como lesiones medulares, debilidad del suelo pélvico, incompetencia del esfínter uretral, vejiga acontráctil, hipertrofia prostática, deterioro cognitivo u otras causas funcionales pueden generar una incontinencia más o menos persistente. Las consecuencias de este síndrome son múltiples y graves: infecciones urinarias, úlceras cutáneas, caídas, depresión y pérdida de autoestima, aislamiento social, dependencia, institucionalización y elevado consumo de recursos sociosanitarios.

Prevención y tratamiento

Un adecuado diagnóstico del tipo de incontinencia permite tratar este problema en la mayoría de los pacientes que lo sufren. El tratamiento incluye diversas opciones terapéuticas: ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico (ejercicios de Kegel o conos vaginales), farmacoterapia o procedimientos quirúrgicos, en función del origen o tipo de incontinencia. No obstante, no debe olvidarse que algunos pacientes no están en condiciones de recibir un tratamiento curativo, y necesitan una continencia

social que evite su aislamiento y su rechazo por parte de la sociedad; es en estos casos cuando el paciente debe recibir tratamiento con métodos paliativos (colectores, absorbentes, etc.). La prevención de la incontinencia urinaria debería iniciarse en edades anteriores a la vejez. El primer paso en las actividades preventivas es concienciar a los propios profesionales de la salud y a los pacientes de que la incontinencia no es una situación normal, por lo que precisa diagnóstico y tratamiento.

Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo se define como la pérdida o reducción, temporal o permanente, de varias funciones mentales superiores, en personas que las conservaban intactas previamente. Esta definición incluye cuadros muy definidos como el síndrome confusional agudo (secundario a infecciones, anemia, patología que afecta a cualquier sistema, ingresos hospitalarios, cambio de domicilio, etc.), o como la demencia de diferentes causas (enfermedad de Alzheimer, etiología vascular, formas mixtas, enfermedad por cuerpos de Lewy, etc.); pero también engloba otros cuadros no tan definidos, vinculados o no a problemas de salud, que habitualmente se conocen como trastorno cognitivo asociado a la edad, deterioro cognitivo leve, etc. La frecuencia del deterioro cognitivo varía ampliamente de unos colectivos a otros; así, en los ancianos que viven en la comunidad, afecta a un 15% de los mayores de 65 años, incrementándose su frecuencia en función de la edad, de modo que en personas que superan los 80 años, su frecuencia casi se duplica (25-30%). En pacientes hospitalizados, la frecuencia del deterioro cognitivo se aproxima al 25% y finalmente, es en el colectivo de ancianos institucionalizados en el que este síndrome es más frecuente (50-65%).

El síndrome de deterioro cognitivo, engloba cuadros muy diversos en cuanto a su origen, síntomas, gravedad, etc., su etiología es obviamente aún más compleja que la de los síndromes ya descritos: infecciones agudas, enfermedad cardiovascular, alteraciones neuropsiquiátricas, hidroelectrolíticas y metabólicas, retención urinaria, impactación fecal, inmovilidad, fármacos (sedantes, anticolinérgicos, opiáceos, diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, cimetidina, digoxina, fenitoína).

Las consecuencias del deterioro cognitivo, especialmente en los estadios más avanzados, son las siguientes: ansiedad, depresión, insomnio, caídas, inmovilidad, incontinencia, riesgo aumentado de infecciones, aislamiento social, dependencia para las actividades de la vida diaria, cambio de carácter, alteraciones de conducta, desnutrición, sobrecarga para el cuidador, elevado consumo de recursos sociosanitarios e institucionalización.

Prevención y tratamiento

El tratamiento incluye un abanico terapéutico sumamente amplio: terapia ocupacional, psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, inhibidores de la colinesterasa, etc.). En relación con las actuaciones preventivas sobre el deterioro cognitivo crónico, cuyo máximo exponente es la demencia, no están totalmente delimitadas. En pacientes con deterioro de memoria e incluso demencia en fases leves, parece útil intentar mantener las capacidades mentales existentes mediante talleres de memoria, orientación a la

realidad, adaptación del entorno, etc. Los factores de riesgo cardiovascular, que parecen implicados en la demencia vascular y en la alteración cognitiva asociada a la edad, deben ser controlados. En la prevención de las formas agudas de deterioro cognitivo, principalmente en el síndrome confusional agudo, son útiles medidas como minimizar el uso de fármacos causantes de este cuadro, mantener la homeostasis del medio interno en pacientes con graves enfermedades, facilitar la presencia familiar, asegurarse de que el paciente dispone de sus ayudas habituales (gafas y audífonos) y modificar el entorno adaptándolo a unas condiciones favorables para el paciente de edad avanzada.

Síndrome confusional agudo (SCA) en Geriatria

El síndrome confusional agudo (SCA) se incluye en el marco del deterioro intelectual dentro de un gran conjunto de síndromes geriátricos. Se trata de un cuadro potencialmente reversible, que suele corresponder a múltiples causas desencadenantes. Ha sido considerado inicialmente como una patología de índole psiquiátrica. En la actualidad, se sabe que este síndrome es expresión de alguna condición médica subyacente, cuyo tratamiento suele resolver el cuadro. Dentro de las causas más frecuentes, se encuentra una serie de condiciones clínicas cuya resolución suele estar en manos del médico clínico, geriatra o generalista, como infecciones, trastornos metabólicos y/o inicio o supresión abrupta de algún fármaco o alguna sustancia tóxica. En los ancianos más vulnerables con deterioro cognitivo previo, el síndrome confusional agudo puede resultar de situaciones tan simples como la impactación fecal o un globo vesical. A pesar de ser una entidad muy prevalente en la población anciana, habitualmente es sub diagnosticado. El desarrollo del SCA se considera un marcador de fragilidad y revela la incapacidad de responder en forma adecuadamente a un evento adverso. Su aparición implica consecuencias importantes como:

- Aumento de la morbi-mortalidad de quien lo padece.
- Complica la evolución del paciente.
- Mayor estancia hospitalaria.
- Incremento de los costos en salud.

Aumento de la tasa de institucionalización.

El SCA en general se presenta de forma aguda. Su prevalencia varía ampliamente según la población de ancianos estudiada, en ancianos internados por enfermedad aguda, oscila entre el 15% y el 30%, y en los que están cursando un posoperatorio general, es del 10%. Cuando el posoperatorio es de cadera o cardíaco, esta cifra asciende hasta el 30%, o incluso puede alcanzar un 60%, según las publicaciones, igual que en los mayores de 75 años institucionalizados. Sin embargo, como es de esperar, la prevalencia es mucho menor en los ancianos que viven en la comunidad (1%).

Factores de riesgo.

Algunas condiciones del paciente y algunas entidades médicas específicas favorecen el desarrollo de SCA.

Edad avanzada: La edad avanzada es considerada un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de SCA. Posiblemente esto esté relacionado con el envejecimiento

fisiológico cerebral, que disminuye la reserva funcional de este órgano, y con la mayor prevalencia de enfermedades neurológicas estructurales.

Antecedentes de SCA: Los pacientes que han desarrollado SCA ante diversas situaciones tienen mayor riesgo de sufrir un segundo episodio.

Deterioro cognitivo: La presencia de deterioro cognitivo aumenta la vulnerabilidad de sufrir SCA ante determinadas noxas. Más del 50% de los pacientes que desarrolla SCA tiene patologías que afectan el sistema nervioso central (SNC), y la más frecuente es la demencia. La presencia de demencia es un factor de riesgo muy importante para que el anciano desarrolle un SCA ante cualquier factor precipitante, como puede ser una fractura, una operación, el inicio de un fármaco, etcétera. Además, la demencia, condiciona la evolución y el pronóstico del SCA.

Deprivación sensorial: Trastornos visuales, sobre todo aquellos que disminuyen la agudeza visual y la hipoacusia, aumentan el riesgo de desarrollar SCA.

Institucionalización: Probablemente más relacionada con la comorbilidad y la situación de vulnerabilidad del paciente.

Comorbilidad: La pluripatología y el número de condiciones crónicas que afectan a un individuo aumentan la vulnerabilidad y disminuyen la capacidad de dar respuesta de adaptación ante un evento adverso. Entre ellas se encuentran las patologías neurológicas en las que se observa pérdida progresiva e irreversible de las funciones mentales superiores que, a diferencia del SCA, son de instalación lenta, producto de entidades específicas como enfermedad de Parkinson, demencia y enfermedad cerebro-vascular. Otras enfermedades crónicas como el alcoholismo, la diabetes, la desnutrición, la anemia y las enfermedades oncológicas, infecciosas y terminales, también son factores de riesgo de desarrollar SCA.

Polifarmacia: Más relacionada con el uso de psicofármacos y fármacos con efecto anticolinérgico.

Factores precipitantes:

Hospitalización: Obviamente, se asocia con una serie de condiciones precipitantes que llevaron al paciente a la internación, y no deben perderse de vista. Lo cierto es que la vivir en la casa disminuye la incidencia de SCA.

Infecciones: Cualquier cuadro infeccioso puede desencadenar un SCA: neumonía, infección urinaria, infección del SNC, celulitis, erisipelas, entre otras.

Alteraciones metabólicas: Hipoglucemia o hiperglucemia, cetoacidosis diabética, hiponatremia, hipercalcemia, deshidratación, insuficiencia renal, hipoxemia.

Fármacos: Se han asociado a SCA aquellos con efecto anticolinérgico, ranitidina, corticoides, antihistamínicos, el uso de opioides, meperidina, benzodiazepinas y neurolepticos. La mayoría de los eventos se producen por interacciones y/o sumatoria o potenciación de los efectos adversos de la medicación.

Los posoperatorios: Pueden ser considerados como un factor de riesgo o un factor precipitante para el desarrollo de SCA. El SCA es, quizá, la complicación posquirúrgica

más común en el paciente anciano. Su incidencia depende del tipo de cirugía, y se estima entre el 1% y el 3% en cirugía de cataratas, el 10% en cirugías electivas no cardíacas ni ortopédicas, el 30% en cirugías electivas de cadera, que asciende hasta el 50% o 60% en cirugías de urgencia de cadera (por fracturas), y del 40% al 50% en el posoperatorio de una cirugía cardíaca a cielo abierto.

Causas ambientales: Se consideran factores precipitantes el aislamiento, las salas de terapia intensiva, los ingresos prolongados, los cambios de habitación, las salas ruidosas, la contención física, la colocación de sondas o catéteres, la deprivación del sueño.

Presentación clínica.

El SCA se caracteriza por ser de aparición brusca y de curso fluctuante. El paciente presenta incapacidad para mantener la atención, alteración de la conciencia y desorganización del pensamiento.

Estas características son clave para establecer el diagnóstico.

1. Comienzo agudo y curso fluctuante.
2. Alteración en la capacidad de mantener la atención.
3. Pensamiento desorganizado.
4. Alteración de la conciencia.

Diagnóstico del paciente con síndrome confusional agudo.

El diagnóstico de SCA debe plantearse ante todo paciente que desarrolle alteraciones cognitivas, desorientación, cambios del ciclo sueño-vigilia y/o trastornos de conducta. La sospecha aumenta si el paciente es un anciano y dichos síntomas se desarrollaron en forma brusca y durante un corto período de tiempo. El reconocimiento precoz y la correcta identificación de las causas precipitantes y el tratamiento temprano mejoran el pronóstico de estos pacientes. Un médico puede recibir un paciente confuso en un servicio de urgencias, en una institución de larga estancia, durante un ingreso hospitalario, en la UCI o en consultas, aunque con mucha menor frecuencia.

No existe un test específico para establecer el diagnóstico de SCA. En esta patología, como en tantas otras, es fundamental realizar un interrogatorio exhaustivo y un minucioso examen físico; los exámenes complementarios ayudarán a establecer la etiología. Ante un paciente anciano que se presenta con alteraciones cognitivas, el médico debe plantearse dos objetivos: definir si se trata de un SCA u otra entidad y en caso de que se trate de un SCA, determinar su etiología.

Tratamiento

El tratamiento se basa en tres pilares:

1. El tratamiento de la causa.

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento principal es el de la patología que le dio origen; esto suele resolver el cuadro.

2. Medidas destinadas a la prevención del SCA

Las medidas preventivas deben implementarse siempre ante un paciente con factores de riesgo para desarrollar SCA, o que presenta síntomas prodrómicos, ya que:

- Todos los problemas médicos o quirúrgicos empeoran su pronóstico si se complican con un SCA.
- Su implementación precoz ha demostrado disminuir la morbi-mortalidad, mejorar la evolución del cuadro, disminuir el riesgo de complicaciones y el tiempo de internación del paciente.

Tratamiento no farmacológico

- Dirigirse al paciente en un lenguaje claro y conciso.
- Educación del personal del equipo de salud para la atención de pacientes en riesgo.
- Informar a sus familiares o cuidadores explicando el cuadro, probable evolución y pronóstico.
- Reubicar verbalmente al paciente diciéndole la fecha y el lugar en que se encuentra, y entrenar a los familiares, cuidadores y personal para que hagan lo mismo.
- Colocar en la habitación elementos que faciliten la orientación, como calendarios, relojes, fotografías familiares.
- Prevenir accidentes y lesiones adaptando el ambiente al anciano confuso, usando protectores de ventanas, camas bajas y con barandas, etcétera.
- Evitar la sujeción física, dentro de lo posible.
- Permitir la presencia de un familiar en la habitación que le tome la mano y lo contenga en el caso que exista riesgo de que el paciente se quite sondas o catéteres. La sujeción física debe ser el último recurso; reevaluar diariamente su necesidad.
- Adaptar los horarios de las determinaciones de laboratorio y de la medicación.
- Reinstaurar el uso de anteojos, audífonos y prótesis ha demostrado ser eficaz.
- Asegurarse de que en la habitación haya una adecuada iluminación con luz natural diurna y luz tenue nocturna.
- Evitar los ruidos excesivos.
- Mantener la temperatura ambiente adecuada.
- Procurar que el paciente mantenga un nivel regular de actividad física activa, si el paciente deambula, y pasiva en casos de inmovilidad, tres veces por día durante 15 minutos.
- Suprimir sondas y catéteres tan pronto como sea posible.
- Revisar la medicación y eliminar aquella relacionada con SCA: antihistamínicos y antirreceptores H₁, deben reemplazarse por sucralfato o inhibidores de la bomba de protones. En caso de dolor, priorizar el uso de los antiinflamatorios no esteroideos y evitar, en lo posible, la utilización de los opioides; las benzodiazepinas deben evitarse, pero si las recibía no deben suspenderse bruscamente.

- Mantener y procurar un estado de hidratación adecuada, saturación de oxígeno mayor de 95%, hto. mayor de 30%.

Tratamiento farmacológico.

El haloperidol es el fármaco más utilizado, más estudiado y difundido. Siempre debe comenzarse con una dosis baja: 0,25 a 1 mg. Esta dosis puede repetirse cada hora hasta alcanzar una dosis máxima de 5 mg.

Fragilidad

El término «*fragilidad*» es usado frecuentemente al referirse a personas mayores, pero su definición ha sido difícil de conceptualizar y distintos autores usan criterios diagnósticos diferentes más o menos estandarizados. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la *fragilidad* es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica. Este estado se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad. Otros autores lo traducen como una capacidad reducida del organismo a enfrentar el estrés. A pesar de la claridad conceptual de las definiciones anteriores la dificultad es lo inespecífico de ellas, ya que no podemos ignorar el hecho de que el envejecimiento en sí, es un proceso de deterioro también caracterizado por una vulnerabilidad aumentada y una viabilidad disminuida que se da en el tiempo y que progresivamente disminuye la reserva fisiológica. Otra característica del envejecimiento es su heterogeneidad, que resulta de interacciones complejas entre los factores genéticos y ambientales, llevando a una variabilidad individual de edad fisiológica que no coincide exactamente con la edad cronológica y la presencia de la comorbilidad y discapacidad.

Así pues, la fragilidad la podemos considerar como un síndrome clínico que representa un continuo entre el adulto mayor saludable hasta aquel extremadamente vulnerable en alto riesgo de morir y con bajas posibilidades de recuperación. A lo largo de la historia del concepto se han usado distintos criterios para definirlo, criterios médicos (presencia de enfermedades crónicas, alteración de la marcha, déficit sensoriales, mala auto percepción de salud, caídas a repetición, polifarmacia, hospitalizaciones frecuentes), criterios funcionales (dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria AIVD)), criterios socioeconómicos (vivir solo, viudez reciente, edad >80 años, bajos ingresos económicos), criterios cognoscitivos/afectivos (depresión, deterioro cognitivo) y por último el criterio de necesitar institucionalización en lugares de larga estancia. Sin lugar a dudas cualquiera de estos elementos es de riesgo para una persona mayor, sin embargo, es difícil poder estandarizar una definición operacional de este. Así se ha construido el concepto moderno de fragilidad, con sus criterios diagnósticos, síntomas y signos clínicos, y complicaciones asociadas.

Según se ha definido el síndrome ha sido posible estudiar sus características fisiopatológicas con mayor precisión. Se ha descrito un ciclo de fragilidad, cuyos elementos centrales, que subyacen a las manifestaciones clínicas, son un ciclo negativo de malnutrición crónica, sarcopenia, disminución de la fuerza, tolerancia al ejercicio y

disminución del gasto energético total. Cualquier elemento externo o interno (enfermedad, depresión, caídas, evento estresante vital, reacción adversa a medicamentos, etc.), puede activar el círculo vicioso o potenciarlo. Así mismo se entienden las intervenciones dirigidas a frenar el riesgo como serían mantener el normo peso, hacer ejercicio, evitar la inactividad, etc. Se considera que algunos cambios fisiológicos asociados al envejecimiento podrían ser centrales al origen del síndrome, disfunción inmunológica caracterizada por un estado proinflamatorio, disregulación neuroendocrina y sarcopenia. Las líneas actuales de investigación muestran interesantes asociaciones con fragilidad entre las que destacan mayor riesgo fragilidad en pacientes obesos y de bajo peso, en pacientes con anemia. Así como mayor presencia de proteínas proinflamatorias, entre otros. Si somos capaces de identificar al paciente frágil, comprender mejor su fisiopatología y posiblemente identificar factores que antes no se conocían, se puede llegar a encontrar formas de prevenir su aparición o tratarla cuando exista.

De estos estudios se extraen elementos para afirmar con mayor solidez que la fragilidad:

- Es un síndrome que se presenta asociada al envejecimiento pero que es diferente a él.
- Como síndrome tiene múltiples causas posibles y un fenotipo de expresión que permite identificarlo.
- Es diferente a la comorbilidad y a la discapacidad, aunque se superponen y potencian.
- Es un continuo, un gradiente, inicialmente silencioso, que se hace evidente al sumarse deterioros y cruzar el umbral de discapacidad.
- Existen marcadores clínicos y funcionales estandarizados y replicables.
- Le confiere al individuo riesgos elevados de presentar eventos adversos (mortalidad, discapacidad, morbilidad y hospitalización).
- Existen estrategias para disminuir y/o retardar la fragilidad que se están estudiando con resultados promisorios.
- Es importante identificar a estos sujetos a tiempo, para intervenirlos y prevenir que sufran mayores eventos adversos y no esperar la aparición de los antiguos gigantes de la geriatría.
- Es un tema foco de investigación actual, cada vez mejor conocido y en evolución.

Polifarmacia. Uso apropiado de fármacos en geriatría.

La prescripción de medicamentos es un elemento fundamental en el cuidado de la salud de los ancianos. La utilización de fármacos en geriatría obliga a los médicos a conocer las características particulares de esta población y los principios terapéuticos de la medicina geriátrica, para su uso correcto. Algunos de los aspectos que deben tenerse presentes a la hora de prescribir incluyen la pérdida de la reserva fisiológica de órganos y sistemas, la reducción de la homeostasis, la desregulación del sistema inmune, la presencia de mecanismos de inflamación, y la coexistencia de varias condiciones médicas, especialmente, en el subgrupo de pacientes más vulnerables. Los estudios

sugieren que el uso inapropiado de medicamentos está relacionado con diversos factores: algunos que dependen de los pacientes, como el incumplimiento del tratamiento, factores que dependen de los médicos, como el desconocimiento de conceptos básicos del envejecimiento, como cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos, y con factores relacionados con el sistema de salud, como la ausencia de tiempo en la consulta y la intervención de múltiples especialistas. El uso inapropiado de fármacos supone un gran impacto en salud, que deriva en un aumento de la morbi-mortalidad, además de uno económico, como consecuencia del aumento de la tasa de uso de servicios socio sanitarios.

Farmacodinamia asociada a la edad.

Los efectos de las drogas dependen no sólo de factores que determinan la concentración de éstas mismas (farmacocinética), sino también de la sensibilidad del órgano diana para la acción específica del fármaco. De todos modos, la influencia de la edad en los efectos bioquímicos y fisiológicos de las drogas, y su mecanismo de acción (farmacodinámica) es un terreno donde aún hay que investigar.

Polifarmacia y morbilidad

La polifarmacia es uno de los problemas más serios en la población de adultos mayores. A pesar de que los ancianos son el 12,5% de la población total, consumen un cuarto de todos los fármacos prescritos. Un promedio de 4,5 fármacos prescritos por persona mayor de 65 años y un total de entre 12 a 17 por año por persona son los datos estadísticos de la FDA en los EE.UU. Los ancianos frágiles consumen aún más fármacos.

Indicaciones apropiadas versus polifarmacia.

Una medicación es inapropiada cuando el riesgo potencial es sobrepasado por el beneficio potencial. La prescripción inadecuada es la mayor causa de eventos adversos en la población anciana. La asociación ha sido identificada para distintos tipos de drogas, como benzodiazepinas, antidepresivos, AINEs y opioides. Los fármacos pueden usarse por defecto, por exceso o mal usarse. Por ejemplo, los ancianos bajo el uso inapropiado de fármacos, tales como benzodiazepinas de larga vida media y antipsicóticos, sufren el doble de fracturas de cadera. Si tomamos en cuenta el subuso, la tasa de vacunación contra la gripe es del 50%, aproximadamente, y esto previene unas 3.000 muertes por influenza al año.

Debe tenerse en cuenta que incluso los fármacos de alto riesgo no causan daño en todos los pacientes. En 1991 y 1992 Beers y cols. publicaron los criterios para considerar inapropiada la administración de algunos medicamentos en ancianos, y otros cuyas dosis, cuya frecuencia y cuyo tiempo máximo de uso debe ser modificados en esta población. La publicación original fue hecha para residencias de larga estancia, en base a la opinión de un grupo de expertos en farmacología geriátrica. Los criterios fueron actualizados en 1997 y extendidos a todos los mayores de 65 años. Los criterios fueron revisados nuevamente en el 2002.

Criterios de Beers

1. Fármacos o clase de fármacos que no deberían ser utilizados habitualmente en ancianos por potenciales efectos adversos o alto potencial de interacciones medicamentosas.
2. Aquellos que no deberían ser utilizados en pacientes con determinadas patologías.
3. Fármacos con alto riesgo de efectos adversos (EA), cuando existen alternativas más seguras y de similar eficacia.
4. Medicamentos que no deben sobrepasar ciertas dosis.
5. Medicamentos que requieran muchas tomas diarias, porque afectan la adhesión.
6. Medicación por tiempo prolongado.

Principios de prescripción adecuada en ancianos.

- Hacer una buena historia medicamentosa, que incluya oftálmicos, generales y tópicos.
- Prescribir sólo cuando sea estrictamente necesario.
- Elegir la medicación con cuidado.
- Comenzar tratamientos con la dosis más baja y aumentar progresivamente, monitorizando la aparición de efectos secundarios.
- Simplificar los tratamientos al máximo.
- Escribir las instrucciones con letra clara y explicación detallada.
- Considerar la habilidad del paciente para entender los regímenes.
- Prescribir en forma lo más simple posible -una vez por día, idealmente-.
- Monitorizar los eventuales efectos adversos y las interacciones que puedan tener los fármacos prescritos.
- Revisar periódicamente las pautas de tratamiento y chequear su efectividad e indicación actual.
- Chequear los tratamientos no prescritos y las medicaciones psicoactivas, principalmente.
- No fallar cuando hay que tratar problemas tratables. Vacunar cuando esté indicado.
- Tener cuidado al usar nuevos compuestos del mercado, pues los efectos en ancianos generalmente no son muy conocidos.

En nuestro Servicio de Medicina Interna y Geriátrica del Hospital Universitario San Rafael de Granada, trabajamos, analizamos e investigamos profundamente en este síndrome de polifarmacia y uso inadecuado de fármacos en los pacientes ancianos que estaban ingresados, ya al ingreso del paciente, cuando veíamos que venían excesivamente somnolientos, hipotensos, confundidos y con bajo nivel de conciencia, y otros efectos adversos incluso de mayor gravedad, procuramos siempre analizar toda la polifarmacia que traían prescrita, según un estudio que realizamos ingresaban con una media de 9 fármacos por paciente. Aplicábamos los criterios de Beers y con medidas de STOP-STAR, es decir suprimiendo aquellos que claramente estaban contraindicados (lavado farmacológico) y en algunas ocasiones pautando los que sí que podrían estar indicados, obteniendo francamente buenos resultados, este análisis de investigación lo pudimos presentar en varios congresos de Geriátrica y Medicina Interna y publicaciones

que fueron muy bien acogidas e incluso se obtuvo algunos premios por su interés y calidad.

Cito a continuación algunos de los trabajos sobre la polifarmacia y el uso adecuado de fármacos en geriatría, en los que he participado como autor de ponencias y comunicaciones en Congresos, publicaciones e investigación, junto al Servicio de Medicina Interna y Geriatría:

García Monlleó, J. *Utilización de Psicofármacos y aparición de Patología Mental en un Hospital de Larga Estancia*. XVI Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Granada. Diciembre 1991.

García Monlleó, J. *Interacciones farmacológicas más comunes en pacientes geriátricos al alta hospitalaria*. XXII Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología, Granada 27, 28 y 29 de Septiembre 2001.

García Monlleó, J. *Reacciones adversas a medicamentos (RAMs) de pronóstico serio en ancianos institucionalizados: estudio descriptivo*. XXIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología. Córdoba, 17, 18 y 19 de Octubre de 2002. Premio Averroes a la mejor comunicación clínica.

Puche, E. Luna, JD. García, J. Góngora, L. *Reacciones adversas a medicamentos de pronóstico grave en ancianos institucionalizados*. Rev Esp Ger y Gerontol, 2003; 38: 193-197

Góngora, L. Puche, E. García, J. Luna, JD. *Prescripciones inapropiadas en ancianos institucionalizados*. Rev Esp Ger Gerontol, 2004; 39: 19-24

García Monlleó, J. *Polifarmacia e interacciones farmacológicas al ingreso en una residencia de ancianos*. XXV Congreso de la SAGG. Puerto de Santa María (Cádiz) 6-9-oct-2004.

García Monlleó, J. *Potentially Dangerous Interactions with Digoxin in Hospitalized Patients*. 27th World Congress of Internal Medicine, September 26-1 October, Granada 2004

García Monlleó, J. *Inappropriate Blood Levels of Digoxin in Patients at a University Hospital*. 27th World Congress of Internal Medicine, September 26-1 October, Granada 2004

García Monlleó, J. *Comparative study of inadequate prescription between internists and geriatricians of a medium-long-stay hospital*. 11 th Congress EFIM. XXXIII National Congress SEMI. Madrid, 24 th of october 2012.

ENSEÑANZA DE LA GERIATRÍA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS

En este apartado del discurso para mí de gran interés, por la trascendencia e importancia que tiene en la formación y el conocimiento de los futuros médicos sobre la geriatría, quiero resaltar mi período como docente de la asignatura, primero como tutor de prácticas en el Hospital San Rafael y posteriormente desde que obtuve la plaza de profesor asociado del Departamento de Medicina de la Facultad de Granada, donde compartí con los profesores Javier Gómez y José Antonio Lobón la responsabilidad de enseñar y potenciar esta disciplina en el itinerario curricular de los alumnos tanto de Medicina como de Ciencias de la Salud de Granada. Además formo parte del grupo de trabajo sobre la “Enseñanza de la Geriatría” de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, lo que me ha permitido participar en varios estudios y encuestas multicéntricas sobre la enseñanza de Geriatría en las facultades de Medicina españolas con datos de la de Granada, lideradas por el coordinador de dicho grupo Jesús Mateos del Nozal, cuyos resultados los implementó en la memoria para optar al grado de Doctor en Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid en 2018, publicada ya como Tesis Doctoral: “Enseñanza de la geriatría en las facultades de medicina españolas” siendo Directores de la misma: Alfonso Cruz Jentoft y José Manuel Ribera Casado, de la que he recopilado algunos de los datos y resultados, así como de la situación actual sobre el tema.

Inclusión de la geriatría en el pregrado.

Como comentamos al principio de este discurso desde los inicios de la Geriatría, la pionera e introductora de la misma, Marjorie Warren afirmó que es una materia importante que debe enseñarse a los estudiantes de Medicina. Sin embargo, hubo que esperar hasta el VII Congreso Mundial de la *IAGG* celebrado en 1966 para que aparecieran recomendaciones internacionales y se discutiera dicho tema en prácticamente todos los congresos siguientes. En 1982, tuvo lugar la primera Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Viena con el Plan Internacional del Envejecimiento, en el que conviene destacar la recomendación 59, la cual menciona: “*deberá estimularse la capacitación en todos los aspectos de la Gerontología y la Geriatría, y dársele la debida importancia en los planes de estudio en todos los niveles*”. En el mismo año, la OMS definió diez objetivos específicos para la enseñanza de la Geriatría y cuatro para la Gerontología, con el propósito de familiarizar a los estudiantes con el ámbito sociosanitario de los ancianos, formar sobre el envejecimiento normal y el patológico y fomentar el conocimiento de los profesionales que prestan atención a esta población. La OMS publicó la “Declaración de Edimburgo” en 1988, en la cual se propugnó adecuar los planes de estudio de Medicina a las necesidades de la sociedad y se mencionó algunos de los principios fundamentales de la Geriatría.

En España, Ribera Casado en 2001, enfatizaba los motivos por los que se debe enseñar en el pregrado y las características recomendadas para dicha formación. Resaltaba dos epígrafes, por qué y a quién enseñar esta materia. Entre las razones que justifican la necesidad de su enseñanza destaca el cambio demográfico; en la mayor morbimortalidad de la población anciana y el comportamiento diferente de este grupo etario con presentación atípica de enfermedades. En relación a quién se debe enseñar, el

autor propone que estos conocimientos deben ser presentados a “todos los estudiantes de Medicina con independencia de la orientación profesional a la que cada uno de ellos decida optar posteriormente”.

Orígenes y desarrollo en el siglo XX

En el plano internacional, Reino Unido llevó el liderazgo en la incorporación de la Geriatria en el pregrado. La primera cátedra se creó en Glasgow en 1965 por Sir William Ferguson Anderson y en la década de los setenta la mayoría de las facultades británicas contaban con programas formativos específicos en el pregrado, apoyados por la *British Medical Association* que promovió la creación de una unidad académica de Geriatria para dicha enseñanza, logrando una incorporación de la especialidad prácticamente en la totalidad de las universidades británicas a principios de los ochenta. Más tarde la incorporación de la Geriatria en las facultades tuvo lugar en los países escandinavos, en Italia, Francia, Irlanda, Alemania, Bélgica, Holanda, Suiza y en varios países del este europeo. Mientras que en los Estados Unidos, se puso de manifiesto la ausencia de formación geriátrica en las universidades en 1976, formándose la primera cátedra en la *Cornell University* en 1977 y desarrollándose por todo el país posteriormente de forma paulatina.

En España, conviene recordar las “Lecciones de Geriatria” y las “Semanas Geriátricas” que tuvieron lugar en los años cincuenta y que citamos antes. A finales de los setenta e inicios de los ochenta, el Hospital de la Cruz Roja estuvo adscrito como unidad docente a la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid si bien la Geriatria en cuanto tal no formaba parte de la enseñanza prevista para el pregrado. Hasta los años noventa, la enseñanza de la Geriatria no ha sido contemplada oficialmente en los planes de estudio de ninguna facultad de Medicina, excluyendo la inclusión esporádica y puntual de algunos conceptos geriátricos en programas de Patología General, Fisiología, Epidemiología, Psiquiatría o alguna especialidad clínica.

Características de la formación en geriatría en España.

Para determinar la situación actual de la formación en Geriatria en las facultades de Medicina españolas, revisamos el listado actualizado de facultades de Medicina de acuerdo a los datos aportados por la Conferencia Nacional de Decanos (CND) y el Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Según los planes docentes de todas las Facultades de Medicina se analizan los de la asignatura de Geriatria, en base a una encuesta sobre la formación en Geriatria, recogiendo toda la información necesaria de forma actualizada. La encuesta contenía información sobre el número de alumnos aceptados, el número de unidades docentes existentes, la inclusión de contenidos de Geriatria, el año y la materia en la que se imparte, las características del profesorado responsable y la duración de los contenidos teóricos y prácticos.

La distribución de las encuestas se realizó en el curso académico 2014/2015, fecha teórica de implantación completa del grado en España. El análisis de la misma dio como resultados varios interesantes:

- Evolución de la enseñanza en España
- La comparación de la formación con otros países

- Las estrategias para la implantación de la geriatría y
- La elaboración de recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos en los puntos anteriores y de la comparación con las recomendaciones europeas existentes se elaboró un listado de recomendaciones sobre la enseñanza de esta especialidad en el pregrado. Dichas recomendaciones se presentaron, tras revisión por expertos en este campo, a la SEGG, para su adaptación y difusión.

Como resultados describimos varias características de la formación en geriatría en España. Se identificaron cuarenta facultades de Medicina en el territorio español, revisando el plan docente de todas ellas y recibiendo al menos una encuesta de cada una. Se obtuvieron treinta guías docentes de la asignatura de Geriatría de las treinta y dos existentes. La mayoría de facultades contaban exclusivamente con una unidad docente (80%). Cinco de las facultades (Autónoma de Barcelona, Autónoma de Madrid, Complutense, Europea de Madrid y País Vasco) contaban con distinto profesorado en cada unidad y un programa teórico conjunto, con la excepción de la unidad docente del 12 de Octubre de la Complutense en la que no tenía lugar docencia de Geriatría.

El número medio de alumnos admitidos en el primer año del grado de Medicina era de 175 con un mínimo de 50 alumnos y un máximo de 400, para un total estatal de 7014 estudiantes de primer curso. La Geriatría se enseña como asignatura independiente en el 35,5% de las facultades, mientras que en el 64,5% restante se combina con otras asignaturas. En relación con el tipo de enseñanza de Geriatría, el 43,3% contaba exclusivamente con formación teórica frente al 56,7% con formación teórica y práctica, siendo las prácticas obligatorias en el 88,2% de las facultades que cuentan con ellas. Dichas prácticas tenían lugar por orden de frecuencia descendente en Servicios de Geriatría, en Hospitales sin especificar servicio, Residencias y Servicios de Medicina Interna.

En cuanto al profesorado, la media de personal docente por facultad fue de 5,2 (entre 1 y 25 profesores). El responsable de la asignatura de Geriatría era un profesor asociado en el 48,4% de los casos, seguido de profesor titular (29%) y catedrático (22,6%). Dicha docencia involucraba a distintos especialistas: geriatras (74,2%), internistas (64,5%), médicos de familia (25,8%), psiquiatras (3,2%) y otros (3,3%). La duración media de la asignatura de Geriatría era de 3,17 ECTS según las encuestas, mientras que según los planes docentes la duración media era de 32,8 horas. Estos planes disponían una duración media de las clases magistrales de 15,3 horas, frente a 4,8 horas de seminarios y 25,4 horas de prácticas, excluyendo en esta última variable todos los contenidos de carácter teórico.

Entre las herramientas empleadas para la evaluación teórica destacan por orden de frecuencia: examen (100%), evaluación continua (46,4%) y realización de un trabajo (21,4%). Mientras que para la práctica se emplearon: evaluación continua (64,7%), ECOE (23,5%), presentación de un trabajo (11,8%), examen (17,6%) y casos clínicos (11,8%).

Cumplimiento de las recomendaciones de contenidos.

En Europa, el último Plan de Estudios Universitarios en Medicina Geriátrica recomendaba la adquisición de treinta y ocho competencias divididas en diez secciones: respeto a los pacientes mayores, principios del envejecimiento, enfermedades comunes del mayor, valoración geriátrica integral, uso de fármacos, comorbilidades y factores sociales, problemas éticos, otros profesionales, niveles asistenciales y aspectos regionales sociosanitarios.

Mientras que, a escala nacional, el BOE ORDEN ECI/332/2008 mencionaba treinta y siete competencias generales y un listado de competencias específicas. Todas las facultades de Medicina españolas siguen la normativa mencionada en el BOE. Los treinta planes docentes de las asignaturas de Geriátrica mencionan los contenidos teóricos a impartir, el 66,7% de los planes incluyen competencias añadidas a las del plan general y el 73,3% involucra a geriatras en su docencia. El BOE incluye el 32% de las competencias europeas. Se ajusta bastante a dichas competencias en los siguientes apartados: atención en distintos niveles asistenciales, enfermedades comunes de los mayores, realización de la valoración geriátrica y papel de otros profesionales sanitarios; mientras que se aleja de las recomendaciones europeas en el respeto al paciente mayor, comorbilidades y factores sociales y uso de fármacos. Por último, los planes docentes de las asignaturas de Geriátrica incluyen el 42,6% de las competencias europeas.

Evolución de la formación en España.

Existen algunas diferencias relevantes en las diferentes facultades Medicina, Esta enseñanza se ha ido haciendo con mayor frecuencia obligatoria, pero se ha reducido su carácter de asignatura independiente. Las prácticas tenían un carácter obligatorio en el en la mayoría de los casos, observándose un incremento de la realización de las mismas en Servicios de Geriátrica, así como de la participación de geriatras El tiempo medio dedicado a esta enseñanza es de 36 horas, con 20 horas de teoría y 16 de prácticas. En relación al profesorado se observa la inclusión de geriatras en seis facultades frente a su desaparición en dos. Por último, en relación a la duración de la asignatura y de las clases teóricas se observa una disminución de las asignaturas evaluadas.

En resumen, podemos decir y de acuerdo con los datos obtenidos de la publicación citada, que durante el siglo XX se ha observado una importante evolución internacional de la Educación Médica surgiendo el desarrollo de planes de estudios, educación basada en competencias, evaluación del aprendizaje e integración de la evidencia existente en la docencia. De igual manera, tuvo lugar la creación de la especialidad de Geriátrica, estableciendo un cuerpo doctrinal y siendo reconocida a nivel científico, incorporándose en distintos países en el ámbito clínico. Sobre las características de la formación en geriatría en España, que incluyen el carácter de la asignatura, el curso académico en el que tiene lugar, las características del profesorado, el tipo de enseñanza, las características de la formación práctica, la duración de la asignatura y los sistemas de evaluación es manifiesta la heterogeneidad de las distintas encuestas sobre la formación en Geriátrica en las universidades, no sólo en cuanto a la metodología empleada, sino además en cuanto a las variables principales analizadas. En este sentido, de las propuestas de competencias en Geriátrica en el pregrado identificadas en la literatura tan sólo cuatro especifican otras recomendaciones docentes distintas al contenido. Parece

razonable que los geriatras asuman la responsabilidad de enseñar su disciplina, pero observamos una elevada variabilidad. Hay que destacar que aproximadamente la mitad de las asignaturas de Geriatria son coordinadas por un profesor asociado y la heterogeneidad del profesorado involucrado incluyendo no sólo geriatras, sino además médicos internistas, médicos de familia, psiquiatras y otros frente a médicos de familia, psiquiatras, farmacólogos y fisiólogos. Destaca el hecho de que aproximadamente la mitad de las asignaturas de Geriatria en España, tienen un carácter exclusivamente teórico. En caso de contar con docencia práctica, ésta tiene un carácter obligatorio, observándose un incremento de las prácticas realizadas en servicios de Geriatria.

Estrategias para la implantación de geriatría.

Recientemente se han descrito por distintos autores diversas estrategias con el objetivo de fortalecer la docencia de Geriatria, incluyendo el desarrollo de competencias internacionales, el apoyo por fundaciones privadas, la formación de profesorado por academias regionales, la creación de departamentos de Geriatria, la docencia mediante módulos de Geriatria y rotaciones prácticas, la adaptación curricular, el uso de nuevas tecnologías, la evaluación mediante el ECOE. Las competencias europeas han sido validadas recientemente al español.

Recomendaciones sobre formación en geriatría

A partir de los resultados obtenidos en las publicaciones realizadas sobre la enseñanza de la Geriatria en las facultades de Medicina españolas y su comparación con las recomendaciones existentes, desde el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, se propuso un decálogo para mejorar la formación médica en Geriatria.

Decálogo sobre formación en Geriatria en el pregrado.

1) Debe implantarse la enseñanza de Geriatria en todas las facultades de Medicina. La Fundación Académica Europea recomienda su docencia en todas las facultades, algo que aún no se cumple en nuestro país.

2) La formación en Geriatria debe tener carácter obligatorio. La recomendación europea de su incorporación de forma obligatoria se cumple sólo en treinta de las facultades de Medicina españolas.

3) Las prácticas de Geriatria deben realizarse en al menos un nivel asistencial de Geriatria.

4) Es aconsejable aumentar la duración de la formación en Geriatria a cincuenta horas totales o cuatro semanas de docencia. La duración media de las asignaturas es de treinta y tres horas, por debajo de la recomendación europea.

5) Todas las facultades deben incluir al menos a un geriatra en la docencia de Geriatria, promoviéndose la creación de cátedras. Es razonable que sean geriatras los que enseñen la especialidad.

6) Debe mejorarse la formación del profesorado de Geriatria y lograrse el apoyo de fundaciones. En los Estados Unidos, se ha objetivado un marcado desarrollo de la

formación en Geriatría gracias a distintas fundaciones mientras que en España no ha surgido esta iniciativa.

7) Los contenidos nacionales de la docencia en Geriatría deben adaptarse progresivamente a las recomendaciones europeas.

8) Es preciso incorporar nuevos métodos docentes a los programas formativos en Geriatría.

9) Deben incluirse progresivamente el uso de tecnologías y el ECOE (Examen Clínico Objetivo y Estructurado). Su utilidad y empleo a nivel internacional ha sido demostrado eficazmente.

10) Es necesario aumentar la investigación y la innovación en la docencia de Geriatría. A nivel internacional existe evidencia positiva, no habiéndose identificado al respecto programas en las asignaturas de Geriatría españolas.

FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN GERIATRÍA.

La geriatría como especialidad en España.

En nuestro país la especialidad empezó a existir, treinta años antes de que la administración lo oficializase a través del reconocimiento del título de geriatra en 1978. El pionero indiscutido fue el Prof. Manuel Beltrán Báguena, catedrático de Patología Médica de la Universidad de Valencia, quien solicitó y obtuvo autorización de su claustro académico para organizar unos cursos específicos de geriatría a nivel de postgrado que fueron los primeros estructurados de una manera oficial en toda Europa dentro del marco de la Universidad. De manera prácticamente paralela en el tiempo, otra institución médica de gran prestigio en la España de la época, el Instituto de Patología Médica que dirigía en Madrid el Prof. Marañón, organizó durante varios años, a partir de 1949, unas “semanas geriátricas”. Son iniciativas que traducen movimientos cada vez más generalizados en pro del desarrollo de la especialidad naciente.

Estas inquietudes llevaron en mayo de 1948, en Madrid, a la constitución oficial de la que inicialmente se denominó Sociedad Española de Gerontología (SEG). Fue un acontecimiento que se produjo varios años antes de que se constituyesen otras sociedades científicas de especialidades españolas que por entonces estaban más reconocidas que la propia geriatría. Su primer presidente fue el propio Prof. Beltrán Báguena con el Prof. Grande Covián como vicepresidente, el Dr. Vega Díaz como secretario y el Dr. Álvarez Sala como tesorero. En el acta fundacional constan los nombres de los Drs.: Crespo Álvarez, Hernando Ortega, Monteys Porta, Alcalá Llorente, Pañella Casas, Bacardí Nogueras, Arteta Cetina, De la Serna Espina, Rodríguez Candela, Oliver Pascual, Escardó Peinador, Navarro Gutiérrez, Álvarez Sala, Gallego Tirado, Marañón Posadillo, Beltrán Báguena, Grande Covián y Vega Díaz. Además, mostraron por escrito su adhesión al acto los Drs.: Misael Bañuelos, Andreu Urra, Querol, Lamelas, Pedro y Pons, Martínez Ramón y Trías de Bes. También los Drs. Pareja Yébenes y Blanco Soler. A todos ellos corresponde el honor de haber sido los socios fundadores de la Sociedad. La historia de los siguientes treinta años es rica en actividad, intermitente en sus logros, escasa en su implantación asistencial y tremendamente laboriosa en el camino hacia su reconocimiento oficial como especialidad autónoma por parte de la Administración. El primer congreso de la Sociedad tuvo lugar en Barcelona en 1950. La conferencia inaugural corrió a cargo del Prof. Agustín Pedro y Pons y la de clausura del Prof. Gregorio Marañón. Los tres temas monográficos tratados fueron, osteoporosis, diabetes *mellitus* y tuberculosis.

Tras aquel primer encuentro siguieron otros en Madrid en 1952, en Valencia en 1954 y, tras un largo paréntesis, en Madrid de nuevo en 1966. A partir de ese momento los congresos (o reuniones como se denominaron durante un tiempo algunos de estos encuentros) establecieron una cadencia anual. Desde el punto de vista asistencial se debe recordar que en 1947 en Barcelona se había abierto el primero de los servicios hospitalarios de geriatría del país. Ocurrió en el hospital de Nuestra Señora de la Esperanza, bajo la dirección del Dr. Mariano Pañella Casas. El servicio se mantuvo activo durante bastantes años, para ir languideciendo poco a poco tras la jubilación de su fundador en los años setenta.

Una de las primeras preocupaciones de los padres de la geriatría española fue conseguir de los poderes públicos estructuras asistenciales que, al igual que ocurría en el modelo británico, estuviesen organizadas pensando en la atención específica y global del

anciano. Ello dio lugar a que durante la primera mitad de los años cincuenta la Dirección General de Sanidad en España llevase a cabo, a través del Dr. Palanca y del Prof. Piédrola, algunos tímidos intentos no acompañados por el éxito destinados a establecer lo que fueron llamados servicios de “gerocultura y geriatría”, e incluso a que se esbozase la puesta en marcha de un “plan gerontológico nacional”, algo que en su primera versión se fue retrasando hasta 1972. Más tarde, en 1975 se publicó un “Informe de la comisión interministerial para la reforma sanitaria” en el que pese a reconocer el problema de una mala y pobre atención al enfermo añoso, no se ofrecía aún ningún tipo de solución basada en los principios de la medicina geriátrica.

El primer intento serio de un servicio geriátrico hospitalario pleno y bien dotado que logró salir adelante y mantenerse activo a lo largo del tiempo tuvo lugar en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, cuando a partir de la década de los cincuenta se abrió un dispensario geriátrico bajo la dirección del Dr. Carlos Blanco Soler. Blanco Soler había sido uno de los fundadores de la SEG en 1948 y fue un entusiasta defensor de la atención específica a la persona mayor a través de la geriatría. El dispensario del Hospital Central de la Cruz Roja pasaría en 1953 a ser una “sección de geriatría” dentro del servicio de medicina interna. El fallecimiento del Dr. Blanco Soler a mitad de los años sesenta deja la geriatría de Cruz Roja bajo la responsabilidad de su discípulo, el Dr. Alberto Salgado Alba. Al Dr. Salgado y a su colaborador desde casi el inicio, el Dr. Francisco Guillén, corresponde el mérito de, tras visitas repetidas al Reino Unido para conocer el modelo británico, haber conseguido que, a partir de 1971, el germen fructificase y lo que era sección se constituyera en un servicio hospitalario autónomo con los niveles asistenciales correspondientes.

Esta evolución dio lugar a que durante la segunda mitad de los años sesenta, toda la década de los setenta y parte de los ochenta, el foco organizativo y el impulso doctrinal de la geriatría española estuvieran vertebrados de manera casi exclusiva en aquel centro. Hubo que esperar hasta bien entrados los años ochenta para que la geriatría iniciase su andadura en hospitales de primer nivel dentro de la red pública.

Durante los treinta años transcurridos entre 1947 y 1977 las sucesivas juntas directivas de la SEGG hicieron numerosos esfuerzos ante las autoridades educativas y sanitarias para que la especialidad adquiriese un reconocimiento oficial. Así lo atestiguan las actas de las Juntas Directivas correspondientes a esos años y así consta de manera repetida en las conclusiones de los sucesivos congresos de la SEGG y en artículos de la Revista Española de Geriatría y Gerontología, muchos de ellos con carácter de editorial. Por ejemplo, en 1959 la Junta Directiva de la SEGG aprobó “estructurar las bases que permitan la creación de la Escuela Nacional de Geriatría”. En la misma línea en 1964 un pleno de la Junta Directiva aprobó solicitar el reconocimiento del “título oficial de geriatra”. Propuestas formales equivalentes pueden leerse en documentos de 1966 y 1968. El esfuerzo final se produjo en 1977, cuando tras una reunión de la Junta Directiva de la SEGG con el Director General de Universidades, se creó oficialmente una comisión encargada de preparar el informe justificativo de la necesidad de la especialización.

Como puede verse no resultó nada sencillo lograr este reconocimiento oficial. Fue de una lucha mantenida y constante desde los orígenes de la SEGG. Uno de sus protagonistas más activos en la última época fue el Dr. Salgado Alba, presidente de la SEGG al producirse el reconocimiento oficial y primer presidente de la CNEG. Los

avatares esenciales de la historia aparecen resumidos por el propio Dr. Salgado en una publicación de algunos años después.

La comisión nacional de la especialidad de geriatría (CNEG)

Finalmente, en 1978 tuvo lugar el reconocimiento oficial de la especialidad y, de manera simultánea, la entrada en escena del sistema MIR y con ello la creación de las diferentes Comisiones Nacionales de todas las especialidades reconocidas, incluida la nuestra. A partir de ese momento, este sistema pasaría a ser la vía de formación adecuada y prácticamente única para adquirir el título de especialista. Ambas circunstancias produjeron en cumplimiento del Real Decreto 2015/1978 de 15 de julio, que regulaba la obtención de títulos de especialidades médicas. En su artículo tercero se enumeran las nuevas especialidades reconocidas oficialmente, 18 que añadir a las 33 ya existentes, entre ellas la geriatría.

La CNEG constituida según este Real Decreto integraba representantes de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad, del Consejo General de Colegios Médicos y de la Sociedad Española de Geriatría. Los miembros elegidos para esa primera CNEG fueron Alberto Salgado Alba como presidente y como secretario Juan Manuel Martínez Gómez. También Francisco Guillén Llera, Fernando Jiménez Herrero y Luis Cañada Rojo propuestos por el Ministerio de Sanidad, Juan Miquel Mari, José de Portugal Álvarez, José de la Higuera Rojas y Victoriano Ríos Pérez por el de Educación y Ciencia, Luis Espinós Tayá y José Garay Lillo por el Consejo Nacional de Colegios Médicos y Fernando Perlado Ortiz de Pinedo por la propia Sociedad Española de Geriatría.

A lo largo del tiempo han sido muchas las personas que han formado parte en algún momento de la CNEG, tanto representando a las instituciones mencionadas como, por períodos más cortos, actuando en nombre de los residentes en formación. Básicamente, la Comisión ha mantenido siempre una especie de “núcleo duro” que ha contribuido a que su manera de actuar y sus decisiones fuesen serias y congruentes durante toda su historia. Tan solo ha dispuesto de tres presidentes. Durante los quince primeros años el Dr. Alberto Salgado. Más tarde el Dr. Francisco Guillén y el Dr. Ribera Casado. Merece ser destacada la labor que a lo largo del tiempo ha desempeñado el Dr. Guillén, quien se mantuvo como miembro activo de la CNEG de forma ininterrumpida desde el primer día hasta su fallecimiento en 2008, ocupando presidencia de la misma en dos periodos durante más de diez años. El Dr. Ribera accedió a la CNEG en 1985 en representación del Ministerio de Educación y Ciencia y se mantiene en ella desde entonces. Es preciso destacar como muestra del interés que la SEGG ha tenido siempre por la CNEG y de la atención que ha prestado a la misma que, desde su creación hasta hoy mismo, todos los presidentes de la SEGG han formado parte de las sucesivas Comisiones.

Al otro lado de nuestras fronteras se constata el hecho de que la puesta en marcha del sistema MIR en España coincidiera con la oficialización del título de especialista en geriatría determinó lo que, desde una perspectiva cronológica, nuestro país haya sido uno de los más precoces al respecto. Es de recalcar que los objetivos de la CNEG buscaban, básicamente, que durante el periodo de formación “el médico adquiera y asimile una serie de conocimientos y habilidades objetivas, que le permitan afrontar con éxito los problemas específicos que plantea el manejo de pacientes ancianos”. Para ello la primera misión de la CNEG, cuya reunión inicial tuvo lugar el 20 de enero de 1979,

fue elaborar dichos programas, tanto en su vertiente teórica como práctica y establecer los criterios para acreditar los centros donde debería formarse el futuro geriatra. Otras funciones de la CNEG fueron las de sugerir cada año el número de plazas que debieran convocarse así como su distribución, informar sobre la eventual homologación de determinados títulos extranjeros, atender reclamaciones, formar parte de tribunales y, en general, asesorar a los ministerios de los que dependía (Sanidad y Educación) sobre cualquier aspecto que tuviera que ver con la formación postgraduada vía MIR. El primero de los programas data de 1979 y establecía la duración del periodo de formación en 4 años. También orientaba sobre la distribución aproximada de dicho periodo, explicitando niveles asistenciales y tiempos. Incluía otras cuestiones como la definición de la especialidad, los objetivos de la misma, el contenido específico de los programas y la evaluación del proceso. Desde el primer momento la geriatría quedó constituida como una especialidad esencialmente hospitalaria, aunque abierta a otros niveles asistenciales como atención primaria o los servicios sociales.

El segundo programa salió a la luz en 1986 y tomaba en consideración las recomendaciones de un decreto ministerial de 1984 (RD127/84) donde se recogían las experiencias sobre el sistema MIR de los años transcurridos y se introducían sugerencias recibidas tanto de las distintas especialidades y del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, como de la Organización Médica Colegial. En este programa se hacen ajustes para adecuarse a las nuevas normas y se incorpora la filosofía de programación por objetivos y la cronología para conseguirlos. También se introduce la capacitación por áreas específicas y la exigencia de participación en actividades docentes, investigadoras y asistenciales. Además, de acuerdo con el decreto citado, se sustituye el examen al final de la residencia por unas evaluaciones anuales y se decide la incorporación de dos residentes a cada una de las distintas CNE.

El tercer programa, de 1996, aumentaba el período de rotaciones básicas a dos años, en línea con la filosofía troncal, cualificando y cuantificando los objetivos de las mismas. Incluye como optativa la investigación básica, hace especial énfasis en los síndromes geriátricos y especifica las actividades que se deben desarrollar y el grado de responsabilidad en cada año de residencia.

Finalmente, ya en 2007 vió la luz un nuevo programa elaborado desde 2003 que contempla la posibilidad de añadir un quinto año de formación. Esta propuesta responde a las inquietudes manifestadas por las unidades docentes en funcionamiento, así como por las recomendaciones de la UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas).

La Comisión remitió al Ministerio en 2003 un documento cuyo resumen dice que “El progresivo envejecimiento de la población, el aumento de la expectativa de vida, los continuos cambios en los conocimientos y tecnologías, las nuevas experiencias y espacios de la medicina geriátrica y las continuas necesidades de los pacientes mayores hacen necesario un sistema moderno que garantice la formación de especialistas en geriatría. Con esa finalidad se ha elaborado por esta Comisión un nuevo programa que contempla una prolongación del sistema formativo a 5 años. Dicho tiempo es considerado imprescindible para actualizar la calidad de la formación y también para converger en el proceso de armonización de la especialidad, emergente en la Unión Europea”.

Como vemos, se trata de una declaración de principios que parece bastante oportuna si la contemplamos a la luz de los sucesivos borradores aparecidos en estos últimos años

en torno al llamado decreto de troncalidad. En este cuarto programa se redefine la filosofía del sistema especificando que “se trata de una formación teórico-práctica continua, autorizada y basada en el auto aprendizaje, en la que los niveles de responsabilidad y habilidad serán mayores a medida que el residente va avanzando a lo largo de los años del periodo formativo”. Los criterios para acreditar unidades docentes se han ido modificando igualmente a lo largo del tiempo. En un primer momento eran relativamente laxos, en la medida en la que era muy difícil encontrar y aprobar unidades útiles para este fin, dada la práctica ausencia de geriatría en la medicina hospitalaria. En todo caso, antes y después, se exigían y se exigen una serie de parámetros en diferentes áreas que incluyen estructura física, recursos humanos mínimos en las distintas profesiones implicadas, recursos materiales, estructura docente especificando tanto la vinculación con la comisión local de docencia como las funciones de los tutores, actividad asistencial mínima en los diferentes niveles y, por último, actividad docente, científica e investigadora. Resulta imposible pormenorizar cómo se han ido exigiendo todos y cada uno de estos apartados a lo largo del tiempo. Sí señalaré que, en el intento de lograr una base amplia de residentes, durante los años iniciales y hasta bien avanzados los años ochenta, se dieron por buenas algunas acreditaciones más basadas en promesas y esperanzas que en realidades contrastadas. Durante todo este tiempo, se han producido con frecuencia situaciones de mayor o menor tensión en los trabajos de la CNEG que han dado lugar a discusiones extensas, no exentas, en ocasiones, de acaloramiento. En general se ha llegado casi siempre a consensos prudentes que han permitido solventar los diferentes problemas planteados.

Desde finales del 2011, se están produciendo fenómenos importantes para cuyo análisis será necesario esperar un tiempo que nos permita disponer de una cierta perspectiva. Por una parte se han dado algunas modificaciones del sistema de carácter global que pueden variar en parte las reglas del juego, por ejemplo, las condiciones para la titulación de enfermería geriátrica y, ligado a ello, la creación de las llamadas Unidades Docentes Multidisciplinares.

En resumen, La especialidad en geriatría está oficialmente reconocida en España desde 1978, formando parte de las especialidades ofertadas por el sistema de médico interno residente (MIR) desde entonces. El número de unidades docentes y el de especialistas en formación ha ido aumentando de manera progresiva. En España existen actualmente unas treinta unidades acreditadas, con capacidad reconocida para formar 78 residentes anuales. La comisión nacional de la especialidad de geriatría (CNEG) ha desarrollado progresivas actualizaciones del programa formativo, dando lugar a cuatro versiones sucesivas de acuerdo a la normativa del BOE de los años 1979, 1984, 1996 y 2008.

Unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en geriatría.

Hospital Central de la Cruz Roja (Madrid) 1978

Hospital General de Navarra 1981

Fundación Matía (San Sebastián) 1981

Hospital 12 de Octubre (Madrid) 1986

Hospital Clínico San Carlos (Madrid) 1986

Hospital Provincial de Soria (Soria) 1986

Hospital San Jorge (Zaragoza) 1987

Hospital Virgen del Valle (Toledo) 1988

Hospital de Granollers (Barcelona) 1988

APORTACIÓN DE LA GERIATRÍA A LA MEDICINA

Hospital Virgen Macarena (Sevilla) 1988-2008
Hospital Universitario de Guadalajara (Guadalajara) 1990
Hospital Universitario de Getafe (Madrid) 1991
Hospital Virgen de la Montaña (Cáceres) 1993
Hospital Monte Naranco (Oviedo) 1993
Centro Geriátrico Municipal (Barcelona) 1993
Hospital Santa Cruz de Vic (Barcelona) 1996
Hospital Xeral-Calde (Lugo) 1998
Complejo Hospitalario de Albacete (Albacete) 1998
Hospital Gregorio Marañón (Madrid) 1998
Hospital Santa Cruz de Tortosa (Tarragona) 1998
Hospital Insular de Lanzarote (Canarias) 1998
Hospital Meixoeiro (Vigo) 2000
Hospital Sagrado Corazón (Huesca) 2000
Hospital General de Segovia (Segovia) 2003
Hospital General de Hospitalet (Barcelona) 2005
Hospital Vall d'Hebrón (Barcelona) 2005
Hospital San Antonio Abad de Vilanova i la Geltrú (Barcelona) 2005
Hospital La Paz (Madrid) 2007
Centro Sanitari del Meresme (Mataró) 2008
Hospital Santa Creu y Sant Pau (Barcelona) 2008
Consorti Sanitari de Terrassa (Barcelona) 2008
Hospital Ramón y Cajal (Madrid) 2009

Para concluir este discurso preceptivo para la recepción pública como Académico de Número de esta Real Corporación, quiero reiterar mi agradecimiento a todos ustedes y transmitirles que he tratado, aunque de forma resumida, la historia del nacimiento y desarrollo de una especialidad como la geriatría en todo el mundo y por supuesto también en España. Hemos visto como lo que podríamos llamar razones demográficas para la implantación de la geriatría son abrumadoras. Incluso, vista desde España, quizás la cadencia con la que se ha producido nuestro proceso de envejecimiento haya sido la más espectacular dentro del conjunto de los países desarrollados. En paralelo al aumentar el número de personas mayores ha tenido lugar, como era previsible, un incremento progresivamente creciente de profesionales interesados en atender sus necesidades específicas y una creciente demanda social en este sentido. Evidentemente, ni en España ni en el mundo podemos hablar de una tarea terminada, los retos son muchos y, como ocurre siempre en ciencia, se multiplican tanto más cuanto mayor es el avance en nuestros conocimientos. Continuamos teniendo por delante mucho recorrido y lo debemos seguir afrontando en todos sus aspectos. Es una exigencia que tenemos como profesionales y nos lo va a demandar la propia sociedad y especialmente nuestra Comunidad Andaluza. Mantenemos retos en el campo doctrinal, un terreno que va siempre de la mano de la investigación. Persisten todavía enormes lagunas acerca de cuáles pueden ser los mecanismos últimos que determinan nuestras pérdidas a lo largo del proceso de envejecer. Seguimos desconociendo muchas de las consecuencias clínicas de este fenómeno y, consecuentemente, cómo podemos mejorar día a día el reto que cada una de ellas plantea en la práctica médica. La especialidad de geriatría y la enorme amplitud de sus contenidos exigen un esfuerzo adicional y constante para poder seguir avanzando. Retos también en el campo de la docencia, hay que enseñar más geriatría a todos aquellos que, desde cualquier perspectiva, trabajan con el anciano. En ese contexto, las facultades de medicina y otras facultades de Ciencias de la Salud deben ser protagonistas excepcionales. Encontramos retos igualmente destacados en todo lo relativo a la expansión de la geriatría dentro del campo asistencial, donde seguimos luchando porque en nuestra Comunidad se integre como especialidad en la cartera de servicios del Sistema Andaluz de Salud Pública y se reintroduzca la formación de nuevos especialistas vía MIR en nuestros hospitales. Debemos estar atentos a otros muchos riesgos y amenazas que siempre han sobrevolado al conjunto de la medicina, pero que quizás encierren aun un peligro más elevado en el caso de una especialidad como la geriatría, centrada en los pacientes más vulnerables como son los ancianos. He citado la discriminación por edad, presente en exceso en la sociedad, aunque muchas veces pase desapercibida, pero que no por ello deja de ser una realidad diaria y que también se manifiesta en cualquier esfera de las relacionadas con la atención sanitaria. Por lo que quiero terminar con la misma frase que puse al inicio de la publicación de este discurso que tienen en sus manos y que escribió sobre la transición demográfica el epidemiólogo Notestein en 1954: *“Considerado en su totalidad, el problema del envejecimiento no es un problema en absoluto. Es sólo la manera pesimista de considerar un gran triunfo de la civilización”*.

He dicho.

BIBLIOGRAFÍA

Abizanda-Soler P, Romero-Rizos L, Sánchez-Jurado PM, Martín-Sebastiá E, Luengo-Márquez C. *Necesidad de la enseñanza de pregrado en Geriatría: aportaciones de un nuevo modelo educativo*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40:275-84

Alarcón MT, González JI. Caídas. En: Salgado A, González JI, editores. *Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano*. Barcelona: Masson; 1996. Págs. 9-16.

American Geriatrics Society and Association of Directors of Geriatric. *Academic Programs Geriatric Workforce Policy Studies Center*. J Am Geriatr Soc 2010; 58:2166-2172.

Applegate WB, Blass JP, Williams TF. *Current concepts in Geriatrics: Instruments for the functional assessment of older patients*. N Engl J Med 1990; 322:1207-1213.

Arnalich Fernández F. *Adaptación del nuevo Grado en Medicina al Espacio Europeo de Educación Superior. ¿Cuál ha sido la aportación de Bolonia?* Rev Clin Esp. 2010; 210:462-467.

Arquiola, E. *La profilaxis de la vejez en España en las primeras décadas del siglo XX*. Dynamis, 14, 1994. Págs. 95–109.

Arteta, J.L. *Morfología patológica del anciano*. En: Arteta, J.L. et al., *Siete Conferencias sobre Geriatría*. Madrid, Escelicer, 1950. Págs. 29–59.

Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. *Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: metaanalysis*. Br Med J 2009;338:b50.

Beltrán Báguena, M. *Prevención de la vejez achacosa y cuidado de los ancianos*. Barcelona, 1949. Editorial Científico-Médica.

BOE núm. 17, de 20 de enero de 2012. Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

BOE núm. 68, de 20/03/2007. *Estatuto de Autonomía para Andalucía*.

BOE núm. 223. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 15034 ORDEN SCO/2603/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el *Programa formativo de la especialidad de Geriatría*.

BOJA de 16 de noviembre de 2020. Acuerdo de 4 de noviembre de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el *I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023*

BOJA número 177 de 11/09/2020. Orden de 3 de septiembre de 2020, por la que se crea la categoría profesional estatutaria de *Medicina de Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud*.

Carbonell, A. *Síndrome de inmovilidad*. Monografías de Geriatria y Gerontología. Madrid: Aula Médica; 1999. 1:1-67.

Cervera AM. *Francisco Guillén y la Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatria*. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008; 43(monogr 2):19-20.

Cruz Jentoft AJ, González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Rexach Cano L. *Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica*. Barcelona: Prous Science, 2006.

Díaz Rubia, L.; García Verdejo, F.J.; García Monlleó, J.: *Estudio radiológico mediante videodeglución en 10 pacientes ancianos con disfagia orofaríngea*. Rev Esp Geriatr Gerontol. ISSN 0211-139X Junio 2016. 51: 64.

Díaz Rubia, L.; García Verdejo, F.J.; García Monlleó, J.: *Hipertensión y enfermedad cerebrovascular*. En Hipertensión arterial: estado actual / Blas Gil Extremera. 2020. ISBN 9788433865397, 265-282.

Guillén Llera F. *Formación especializada en geriatría*. Rev Esp Geriatr Gerontol, 26 2011 Págs. 43-50

Fernández C, Bermejo F, Gabriel R. *Factores de riesgo vascular y alteración cognitiva en el anciano*. Rev Clin Esp. 1999; 199:456-64.

Fernández-Llamazares, J. Julián, J.F. Hidalgo, F. García, F. Moreno, P. Vega, J.L. et al. *Encuesta a residentes MIR sobre su satisfacción tras obtener una plaza hospitalaria*. Med Clin, 1997; 109: 615-618.

Foro mundial de ONG sobre el envejecimiento: declaración final y recomendaciones. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento «por una sociedad para todas las edades». Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 (S2): 66-72.

García de la Rocha ML, Olazarán J. *Trastorno cognitivo asociado a la edad frente a deterioro cognitivo ligero*. En: Grupo de Estudio de Neurología de la conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología. Guías en demencias. Barcelona: Masson; 2000. Págs. 9-13.

García Monlleó, J. Gálvez Gávez, JL.; *Necesidades sociosanitarias de los ancianos, un reto para enfermería*. 1991; ISBN: 84-7670-306-6.

García Monlleó J. *Rehabilitación en los enfermos con fracturas de cadera intervenida*. Rehabilitación Física. 1993; 4: 6-13.

García Monlleó J. Milán López MD. *La presencia del Enfermo Terminal en nuestros Hospitales*. Scientia. Revista de Ciencias de la Salud. Octubre. 1995; Vol. I. N^o 1.

García Monlleó J. *Modelo Asistencial en Geriatria*. Scientia. Revista de Ciencias de la Salud. Octubre 1996; Vol. II. N^o 4.

García Monlleó J. *El Hospital San Rafael de Granada*. Investigación Clínica, 1999; Vol 2, Núm 3.

García Monlleó J. Gutiérrez Aparicio G. Milán López MD. *Decisiones terapéuticas en enfermos con patología crónica irreversible. Nuestra experiencia.* Bioética y Ciencias de la Salud. 1999; 3:68-69.

García Monlleó J. *Aspectos médicos y éticos de la Medicina Geriátrica.* Lecciones de Terapéutica Clínica y Geriatria. 2000; Págs. 37-42.

García Monlleó, J.; Lasso Torres, JM.; Peña-Toro Girela, B.; Gutiérrez Aparicio, G. *Factores de riesgo cardiovascular en una residencia de ancianos.* GEROSAGG 2003; Vol.1 Num. 3. 5-9.

García Monlleó, J., Girón Irueste, F. *Los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios y su colaboración con el Ejército Español (siglos XVI a XIX)* Med Mil (Esp) 2004; 60 (1):49-57.

García Monlleó J.; Girón Irueste F. *La asistencia de los hermanos de San Juan de Dios en las epidemias andaluzas (Siglos XVI a XIX).* Archivo Hospitalario. 2005; n^o 3: 545-569.

García Monlleó J. *La especialidad de Geriatria una demanda improrrogable.* Opinión Médica. Revista de la Fundación Educativa y Científica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Granada. 2021. GR-1219-1991 I.S.S.N.: 1130-9830, 60-65.

García Monlleó, J. Durán Alonso, J.C. *COVID-19, Una visión desde la Geriatria y la Deontología.* Actualidad Médica. 2021; 106(814). Supl 2: 22-26

García Navarro, J.A. *El reto de atender a los ancianos enfermos de la forma más eficiente: una obligación en tiempos de crisis.* Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46:183-185

García Verdejo, F.J. Díaz Rubia, L.; García Monlleó, J.: *El paciente anciano con incontinencia fecal: valoración radiológica mediante defecografía.* Rev Esp Geriatr Gerontol. ISSN 0211-139X 2016. 51: 66.

Gil Extremera B. *Anglicismos en la lengua española.* VI Reunión Nacional y I Internacional, Sociedad Española de médicos Escritores. Granada, octubre de 1992

Gil Extremera B. *La medicina pasado y presente.* Editorial Alhulia: Granada; 2009.

Gil Extremera B. *El lenguaje en la Medicina.* Actualidad Med. 2011; 96: 50-54.

Gil-Extremera B, Jiménez-López P, Mediavilla-García JD. *Ensayos clínicos. Una asignatura pendiente.* Rev Clin Esp. 2018; 218:137-141.

Gil-Extremera B. *Signos, síndromes y enfermedades con nombre propio*. Educación Médica. 2019; 20:165-168.

González JI, Alarcón MT. *Grandes síndromes geriátricos. Concepto y prevención de los más importantes*. Medicine. 2003; 8(108):5778-5785.

González Montalvo, J.I. Gotor Pérez, P. Martín Vega, A. Alarcón Alarcón, T. Álvarez Mauleón de Linera, J.L. Gil Garay, E. et al. *La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico*. Rev Esp Geriatr Gerontol, 2011; 46:193-199.

Grande Covián, F. *El envejecimiento, problema fisiológico*. En: Arteta, J.L. et al., Siete Conferencias sobre Geriatría. Madrid, Escelicer, 1950. Págs. 29–59.

Grande Covián, F. *Los orígenes de la Sociedad Española de Geriatría*. Rev Esp Geriatr Gerontol, 1991; 26:295-297.

Granjel, L.S. *Historia de la vejez. Gerontología. Gerocultura. Geriatría*. Salamanca, 1991. Ediciones Universidad de Salamanca.

Granjel, L.S. *Apuntes para una historia de la vejez*. En: Monografías Humanitas. 1. Envejecimiento. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades médicas, 2003. Págs. 21–26.

Guía de Formación de Especialistas: Geriatría. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Cultura; 1996. Disponible en <http://www.segg.es/segg/index.html>

Guillen F, Bravo G. *Patología del envejecimiento. Indicadores de Salud*. En: Salgado A, Guillen F, Ruipérez I, editores. Manual de Geriatría. Barcelona: Masson; 2002. Págs. 77-88.

Guillén F, López P. *Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Valoración geriátrica. Anamnesis y exploración física. Indicaciones de pruebas complementarias*. Medicine 1995; 6(87):3845-3853.

Guillén Lera F. *La formación, la titulación y la Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría*. Rev Esp Geriatr y Gerontol 1996; 31:263-266.

Guillén Lera F. *Geriatría, especialidad médica. 25 años de historia*. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38:338-354.

Guillén Lera F. *Formación especializada en geriatría*. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36(supl 5):43-50.

Hough CJ. *Caídas*. En: Ham JR, editor. Atención Primaria en Geriatría. Madrid: Mosby Doyma Libros, S.A.; 1994. Pág. 171.

Jiménez Herrero F. *La geriatría en España en el siglo XX*. En: Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia (ed) Evolución de la Medicina en el siglo XX. CaixaNova. Ourense. 2002. Págs. 85-99.

Jiménez Herrero F. *Lento y difícil desarrollo de la geriatría*. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38:338-340.

Jiménez Herrero, F. *Gregorio Marañón y la Geriatría*. Rev Esp Ger Gerontol 1977; 5:403-406.

Jiménez RC, Toral RJ, Domínguez GU. *Incontinencia*. En: Ruiperez, I., editor. El paciente anciano. Madrid: Mc Graw Interamericana; 1998. Pág. 473.

Leeser JM, Hughes SV, Jemelka JR, Kumar S. *Compiling a complete medical history: challenges and strategies for taking a comprehensive history in the elderly*. Geriatrics 2005; 60(11):22-5.

Ley sobre Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) 21 noviembre 2003.

Libow LS. *A fellowship in geriatric medicine*. J Am Geriatr Soc 1972; 20:580-584.

Libow LS. *The first geriatric residency-fellowship in the United States*. J Gerontol Med Sci 2004; 59A:1165-1166.

López Mongil R, Mateos-Nozal J, Boronat Martín M, López Trigo JA, IFMSA-Spain. *Docencia de Geriatría en las Facultades de Medicina*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43 Supl 1:S57.

López Trigo, J.A. *Documento de consenso. Deterioro cognitivo leve. Detección y manejo. Un reto de salud pública*. Rev Esp Geriatr Gerontol 2017; 52 Supl 1:1-2.

Lozano y Caparrós, E. *Tratado práctico de las enfermedades de los viejos*. Madrid, Establecimientos Tipográficos de G. Juste, 1890. Págs. 31, 33, 419.

Marañón, G. *Comentarios sobre la vejez*. Discurso de contestación al de entrada en la Real Academia Nacional de Medicina de León Cardenal, posteriormente recogido en sus *Obras completas* 1966; 2:239-246.

Marín Carmona, JM. García Monlleó, J. Salinas Barrionuevo, A. *Cuidados Paliativos en el Paciente Geriátrico*. Edita: Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología. Imprime: Excma. Diputación de Jaén. ISBN-10 84-697-0814-7. 2014.

Cruz-Jentoft AJ, Ribera Casado JM. *A systematic review of surveys on undergraduate teaching of Geriatrics in medical schools in the XXI century*. Eur Ger Med. 2014; 5:119-124.

Mateos-Nozal, J. *Enseñanza de la geriatría en las facultades de medicina españolas*. Tesis Doctoral Tutora: Monserrat Lázaro del Nogal. Directores: Alfonso José Cruz Jentoft. José Manuel Ribera Casado. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. 2016.

Menéndez Colina R et al. *La Geriatría de enlace con residencias en la época Covid. Un nuevo modelo de coordinación que ha llegado para quedarse*. Rev Esp Geriatr Gerontol 2021; 565(3):157-165

Moro, J. Miguel Tejedor, J. Luiz Zancajo. J. *La calidad de la formación especializada a través de la encuesta de opinión de residentes*. Rev Cal Asist, 2006; 21:82-86.

Novóa Santos, R. *Manual de Patología General*. Santiago de Compostela, Eco de Santiago, 1922; 2:06–515.

Orden SCO 2603/2008. Ministerio de Sanidad y Consumo: *Orden por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Geriatría*. BOE 15 septiembre 2008. Págs. 37785-37790.

Organización Médica Colegial. *Especialidades médicas: Geriatría*. Edita CGCME. Madrid. 1990.

Organización Mundial de la Salud. Informe técnico nº 548, sobre *Organización y Planificación de Servicios Geriátricos*. 1974.

Participación del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM), ante la subcomisión de Sanidad y Salud Pública de la Comisión Parlamentaria de Estudio para la Recuperación Económica y Social en Andalucía a causa de la Pandemia Covid-19. 2020.

Piédrola Gil, G. *El envejecimiento de las poblaciones*. Madrid, Dirección General de Sanidad, 1955; Pág. 6.

Piédrola Gil, G. *La Gerocultura, especialidad nueva de la Sanidad Nacional. Su estudio, necesidad y organización*. Madrid, Dirección General de Sanidad, 1955; Pág. 12.

Pijoán, J.I. Urkaregi, A. Morán, J.M. *Evaluación por los médicos internos residentes de la formación recibida en los servicios hospitalarios: una herramienta de monitorización*. Gac Sanit, 2001; 15:432-440

Pujol Farriols, R. *Médicos residentes (MIR) insatisfechos*. Med Clin, 1997; 109:623-624

Real Decreto 127/1984. Ministerio de Educación y Ciencia: Orden por la que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. BOE 1 enero 1984. Págs. 11798–11800.

Real Decreto 2015 de 15 de julio de 1978 por el que se regula la obtención de títulos de las especialidades médicas, se constituyen las Comisiones Nacionales de cada Especialidad y se crea el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

Real Decreto 2015/1978. Presidencia del Gobierno: Real Decreto por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. BOE 15 julio 1978. Págs. 20172–20174.

Reuben DB, Rosen S. *Principles of geriatric assessment*. En: Hazzard WR, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, editors. Hazzard's

Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2009. Págs. 141-152.

Ribera Casado JM. *25 años de la Comisión Nacional de la Especialidad. Visión desde la SEGG*. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38:41-42.

Ribera Casado, J.M. *Comisión Nacional de la especialidad de Geriatria (CNEG). Breve reseña histórica*. En: Gil Gregorio, P. (coord.). Manual del residente de geriatría. Madrid, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2011; Págs. 3-12.

Ribera Casado JM. *La difícil entrada de la Geriatria en el pregrado de Medicina*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46:237-8.

Ribera Casado, J. M. *Los tiempos de la geriatría. 100 años de compromiso con la salud del anciano*. Discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina. 2012. Editorial Senda.

Ribera Casado, J.M. *Gregorio Marañón y el nacimiento de la especialidad de geriatría en España*. Educación Médica, 2019; 20:125-129.

Rubenstein LZ. *Geriatric assessment: an overview of its impacts*. Clin Geriatr Med 1987; 3:1-15.

Salgado Alba, A. *La mayoría de edad en Geriatria*. Medicine (quinta edición), 86, Geriatria I, 1991; Págs. 3313-3318.

Salgado Alba A. *La Comisión Nacional de Geriatria*. En: Jiménez Herrero F (ed) Gerontología 1993. Mason-Salvat. Barcelona 1993. Págs. 219-225.

Soler Roig, J. *Estudios sobre las enfermedades de los viejos*. Barcelona, Establecimiento Tipográfico de Francisco Altés, 1895; Págs. 4-5.

Stuck AE, Siu AL, Wieland GC, Adams J, Rubenstein LZ. *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials*. Lancet 1993; 342(8878):1032-1036.

Tarazona FJ, Martínez Velilla N, Vidan MT, García Navarro JA. *Covid 19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir*. Rev Esp Geriatr Gerontol 2020; 55(4):191-192

Vega Díaz, F. (1950). Introducción. En: Arteta, J.L. et al., *Siete Conferencias sobre Geriatria*. Madrid, Escelicer, 1950; Pág.10.

Vilches-Moraga A, Ariño-Blasco S, Verdejo-Bravo C, Mateos-Nozal J. *Plan de estudios universitarios en Medicina geriátrica desarrollado utilizando una técnica internacional Delphi modificada*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014; 50:82-88

ANEXOS

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (AMM) SOBRE LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Adoptada por la 73ª Asamblea General de la AMM, Berlín, Alemania, octubre 2022

El envejecimiento de la población por el aumento de la esperanza de vida, es uno de los principales retos a los que se enfrentan muchos sistemas sanitarios dado el creciente volumen de recursos que han de afrontar para la atención sanitaria de la población mayor. Esto tensiona esos sistemas, ya que el envejecimiento ocasiona una mayor demanda de asistencia, con una gran dependencia del complejo médico-farmacéutico-hospitalario. Por otra parte, las personas mayores son percibidas como receptores de ayudas, de cuidados y de apoyo económico, y esto es inexacto, ya que realizan notables aportaciones al bienestar de su entorno, lo cual tiene un alto valor social.

El aumento de la longevidad debe ir acompañado de los niveles de calidad apropiados, promoviendo la salud, reduciendo los factores de riesgo y proporcionando servicios sanitarios y sociales que sean accesibles, asequibles, sostenibles y de calidad

La edad biológica nunca debe utilizarse como base para la discriminación, si bien, puede ser un factor relevante para la toma de decisiones médicas, por lo que la referencia a la edad puede ser profesionalmente sólida.

Discriminación sanitaria en pacientes de edad avanzada

Las personas de edad sufren toda clase de discriminaciones, siendo una de las principales, la que se refiere a la salud. Los mayores suelen ser percibidos como una carga que pesa sobre los sistemas sanitarios y su sostenibilidad financiera. Las personas mayores no son únicamente responsables del aumento de los costos sanitarios en los países desarrollados. Hay otros factores que desempeñan un papel fundamental en los costos sanitarios, como la mejora del nivel de vida, la accesibilidad a los servicios sanitarios, la calidad de la atención o el uso de nuevas tecnologías.

El racionamiento de ciertos procedimientos diagnósticos o terapéuticos costosos y que consumen mucho tiempo o entornos particulares que tienen una cierta intensidad de atención más costosa es más común en la población de edad avanzada. Los ensayos clínicos a menudo excluyen a pacientes de cierta edad, incluso si cumplen con los criterios de inscripción.

La edad se ha convertido en una barrera a la hora de someter a los pacientes a determinadas intervenciones. Las razones suelen ser físicas, pero subyacen motivaciones económicas, como que el tiempo de recuperación es mayor, aumentando la estancia hospitalaria, o bien alegando que los recursos son escasos y que las personas mayores tienen una menor esperanza de vida.

Existe acuerdo en que desde el punto de vista fisiológico y psicológico, los factores determinantes de la salud en el envejecimiento están intrínsecamente relacionados con el género, por lo que las soluciones deben abordar necesariamente la distinción de géneros para paliar las desigualdades.

La discriminación sanitaria en las personas mayores puede tener un impacto negativo en su bienestar físico, mental y social y contribuye al deterioro de su calidad de vida, a la pérdida de autonomía, de confianza, de seguridad y de un estilo de vida activo, disminuyendo a su vez sus niveles de salud. Por lo tanto, es un tema complejo que requiere la participación de profesionales, instituciones, sistemas de salud y autoridades. Para abordar esta discriminación es necesario la concienciación y la coordinación con la ayuda de los principios morales y legales.

La necesidad de un enfoque holístico

El sistema sanitario no siempre se adapta a las necesidades cambiantes de la población, como puede ocurrir con algunos hospitales, que están diseñados para atender a pacientes adultos con enfermedades agudas, pero no a pacientes mayores con enfermedades crónicas.

El aumento de la longevidad debe ser acompañado del más alto estándar de calidad asistencial, promoviendo la salud, reduciendo los factores de riesgo, y proporcionando unos servicios sanitarios y sociales, accesibles, sostenibles y de calidad. Se debe poner énfasis a una medicina centrada en la persona que cure, cuide, alivie y consuele.

El deber ético del médico

En línea con la Declaración de Ginebra de la AMM, los médicos deben esforzarse en mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida para todos los pacientes, sin ninguna forma de discriminación hacia los mayores.

RECOMENDACIONES

Recordando sus Declaraciones de Ginebra y de Lisboa sobre los Derechos del Paciente y la Declaración sobre el Envejecimiento, la AMM hace las siguientes recomendaciones:

A los gobiernos, asociaciones médicas y médicos

1. Como acciones prioritarias, defender los derechos humanos y la salud de todas las personas, incluidos los mayores, así como garantizar el respeto de su dignidad.

A los gobiernos

2. Hacer una buena política sanitaria apropiada y no discriminatoria sobre los mayores basándose en el uso eficiente de todos los recursos sanitarios disponibles.
3. Establecer medidas para erradicar la discriminación de las personas mayores en la atención sanitaria.

4. Proporcionar recursos suficientes que contemplen una adecuada atención sanitaria a las personas mayores.

A la AMM, sus miembros y la profesión médica en general

5. Comprometerse en eliminar todas las formas de discriminación por motivos de salud y edad.
6. Promover la formación de los médicos de atención primaria en el abordaje de los problemas de salud del anciano.
7. Promover el desarrollo de la especialidad de geriatría o una formación suplementaria de postgrado e incrementar el número de médicos de este campo y de una cantidad adecuada de los servicios geriátricos en los hospitales y consultores, para promover una atención integral de las personas mayores.
8. Concienciar y actuar ante las discriminaciones de los mayores.
9. Promover prácticas, éticas, responsables, eficaces y eficientes con las personas mayores.
10. Establecer normas éticas que velen para impedir la discriminación de cualquier persona por razones de edad.
11. Tratar de incluir activamente a las personas mayores en la investigación científica médica.

A los médicos

12. No limitar o impedir al paciente su autonomía en base a su edad.
13. Prestar una atención sanitaria de calidad científica y humana conforme a una buena práctica médica a todos los pacientes, sin discriminación alguna.
14. No aplicar limitaciones sólo por razones de edad en los protocolos de diagnóstico y tratamiento.
15. Denunciar las discriminaciones que se conozcan en la atención sanitaria a los mayores.

ENCUESTA SOBRE LA FORMACIÓN DE GERIATRÍA EN LOS PROGRAMAS DE PREGRADO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA EN ESPAÑA 2014/15.

1. Introducción:

A continuación, se preguntan algunas cuestiones respecto a la enseñanza de Geriatría en las facultades de Medicina. Se ha diseñado una encuesta de fácil y rápida contestación, organizando los puntos evaluados en cuatro secciones: datos de filiación, descripción de la asignatura, profesorado responsable y contenidos teórico-prácticos.

2. Datos de filiación: Indique su nombre completo y especifique el nombre de su facultad de Medicina y unidad docente hospitalaria (en caso de contar con docencia independiente), así como el número de alumnos admitidos en el primer año.

3. Descripción de la Geriatría en el programa formativo:

- a) ¿Se imparte Geriatría en tu facultad?: Sí No
- b) ¿Es una asignatura independiente?: Sí No
- c) Si no lo es, ¿en qué asignatura/s se imparte?:
- d) ¿Cómo se oferta esta materia?: Optativa Obligatoria
- e) ¿En qué año se imparte? 4º 5º 6º otro.....

4. Profesorado:

a) Existe profesorado específico de Geriatría: Numerario Asociado

b) Titulación del profesorado responsable:

geriatra internista médico de familia psiquiatra otra.....

c) Responsable de la asignatura:

Catedrático titular asociado otro...

5. Contenidos teóricos y prácticos: Indique el número de créditos europeos teóricos y prácticos de la asignatura, el lugar de realización de las prácticas y la dirección electrónica donde se encuentre disponible el plan de estudios de la asignatura o en caso contrario mandar por correo electrónico a la dirección je_mdn@yahoo.es

a) número de créditos (ECTS): teóricos..... prácticos

b) lugar donde se realizan las prácticas:

hospital media Estancia otros.....

c) página web del plan de estudios de Geriatría.....

GUÍA DOCENTE DE LA ASIGNATURA MEDICINA GERIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

Breve descripción de contenidos (Según memoria de verificación del Grado).

Formación que contemple al paciente geriátrico, en su completo entorno bio-psico-social, contemplando los cambios (morfológicos, psicológicos, funcionales y sociales) que origina el proceso de envejecimiento individual, continúa con la prevención y el manejo de las diferentes situaciones en enfermedad e incapacidad y culmina con la actuación interdisciplinaria conjunta en los distintos niveles asistenciales, tanto sanitarios como sociales.

Competencias asociadas a materia/asignatura.

Competencias generales:

CG04 - Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.

CG05 - Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.

CG06 - Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.

CG11 - Comprender y reconocer los efectos del crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento sobre el individuo y su entorno social.

CG15 - Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.

CG19 - Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.

CG23 - Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.

CG24 - Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales. Competencias específicas

CE102 - Reconocer las características de la patología prevalente en el anciano

CE107 - Saber valorar las modificaciones de los parámetros clínicos en las diferentes edades

CE25 - Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo del daño físico y mental

CE36 - Saber abordar la práctica profesional respetando la autonomía del paciente, sus creencias y cultura.

CE42 - Prevención y protección ante enfermedades, lesiones y accidentes. Competencias transversales

CT01 - Capacidad de análisis y síntesis.

CT05 - Capacidad de organización y planificación.

CT07 - Capacidad de toma de decisiones.

CT08 - Capacidad en resolución de problemas.

CT10 - Competencias y habilidades de comunicación.

CT11 - Compromiso ético.

CT15 - Habilidades de adaptación a nuevas situaciones.

CT16 - Habilidades de aprendizaje autónomo.

CT17 - Habilidades de comunicación oral y escrita en la lengua nativa.

CT18 - Habilidades de razonamiento y análisis crítico.

CT19 - Habilidades de trabajo en equipo.

CT24 - Motivación por la calidad.

CT25 - Sensibilidad hacia temas medioambientales.

Resultados de aprendizaje (Objetivos).

Al final del aprendizaje el alumno debe de conocer y asumir las necesidades asistenciales de las siguientes situaciones: Envejecimiento: Demografía, Biología y Fisiopatología, con especial dedicación a los aspectos básicos del proceso de envejecimiento fisiológico y a los cambios funcionales en el curso del mismo. Síndromes geriátricos: Entendidos como situaciones, complejas y reales en la práctica clínica, escasamente comentadas en la literatura médica tradicional. Destacan, el deterioro cognitivo, los estados confusionales, la incontinencia, el inmovilismo, las caídas, las úlceras por presión, la malnutrición, los cuidados paliativos, etc. Técnicas de valoración geriátrica: En los aspectos clínico, mental, funcional y social. Principios de Asistencia Médico-Social y Gerontológicos Organización de Servicios y Niveles Asistenciales.

Programa de contenidos teóricos y prácticos.

Teórico:

Tema 1. Geriatría, concepto y generalidades. Tema 2. Maltrato. Cuidados Paliativos. Tema 3. Niveles Asistenciales. Tema 4. Bioética en geriatría. Tema 5. Nutrición en el anciano. Disfagia. Tema 6. Malnutrición del anciano. Tema 7. Envejecimiento y sistema endocrino. Tema 8. Dinapenia y fragilidad.

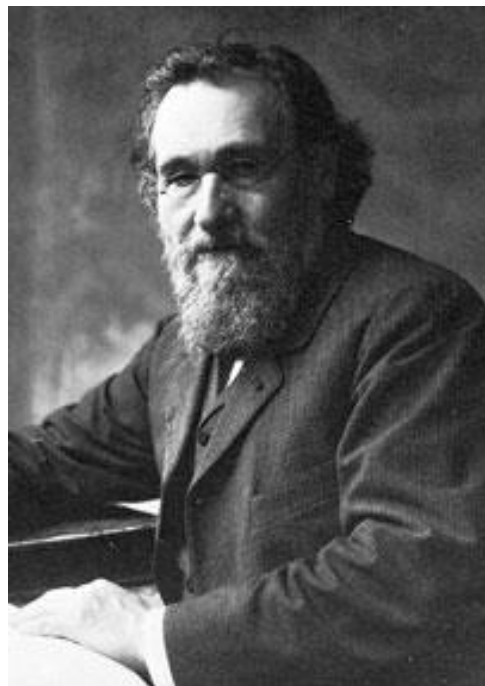
Práctico:

Sujeciones Valoración Geriátrica Integral. Los alumnos realizaran a un paciente ingresado en el Hospital de San Rafael o en caso de que la pandemia continúe a un paciente en edad geriátrica una Valoración Nutricional y Valoración Geriátrica Integral, que presentaran y defenderán ante un Tribunal compuesto por los docentes de la asignatura.

GALERIA FOTOGRÁFICA



Ignatz Leo Nascher (1863-1944)



Elie Metchnikoff (1845-1916)



Marjorie Warren (1897-1960)



Lord Amulree (1900-1983)

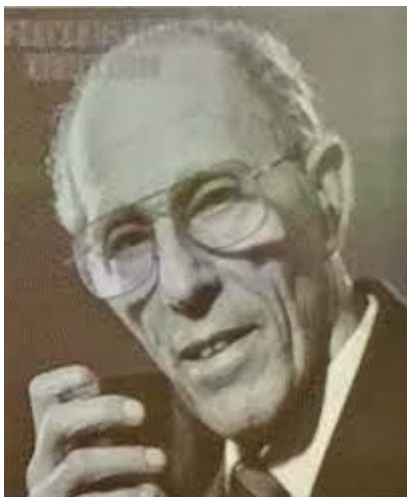


Cosin, Lionel Zelick (1910-1994)



Robert Neil Butler (1927-2010)

APORTACIÓN DE LA GERIATRÍA A LA MEDICINA



Bernard Isaacs (1924-1995)



Lawrence Rubenstein (vive actualmente)



Pedro Felipe Monlau (1808-1871)



Gonzalo Piédrola Gil (1907-1996)

APORTACIÓN DE LA GERIATRÍA A LA MEDICINA



Roberto Nóvoa Santos (1885-1933)



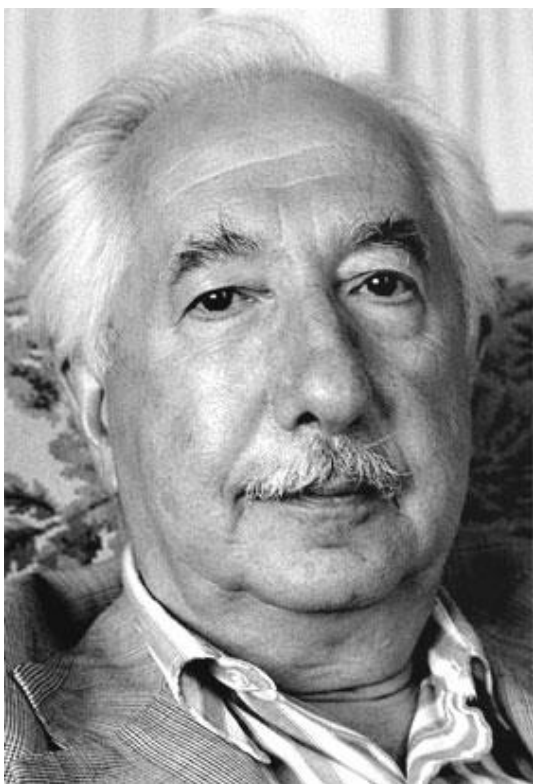
Gregorio Marañón y Posadillo (1887-1960)



Carlos Blanco Soler (1894-1962)



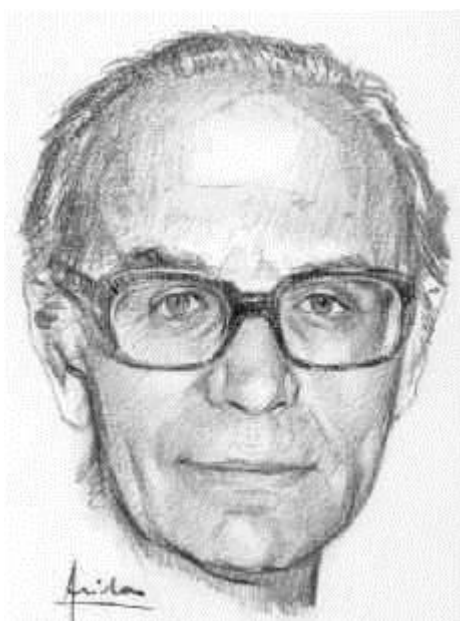
Francisco Vega Díaz (1907-1995)



Francisco Grande Covian (1909-1995)



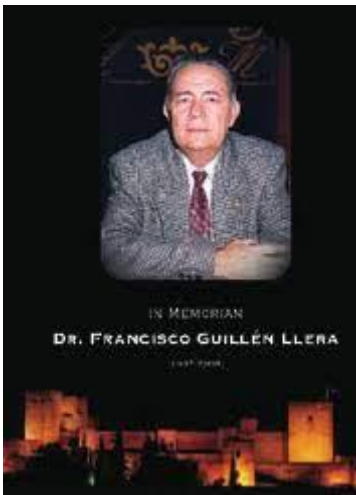
Manuel Beltrán Báguena (1895-1966)



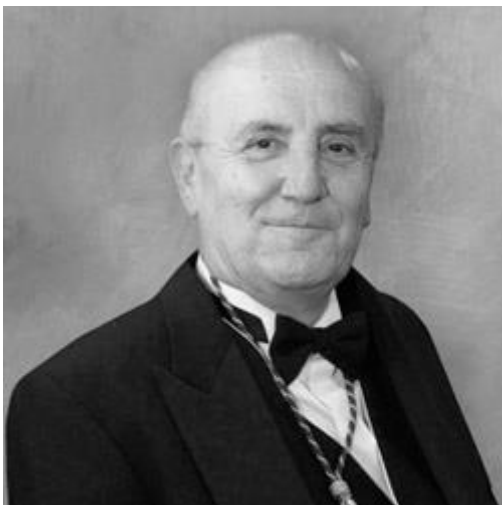
Alberto Salgado Alba (1925-2000)



Fernando Jiménez Herrero (1924-2007)



Francisco Guillén Llera (1943-2008)



José Manuel Ribera Casado (vive actualmente)



**REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE ANDALUCÍA ORIENTAL, CEUTA Y MELILLA**

DISCURSO

Pronunciado por el Académico Electo

ILMO. SR. D. JAVIER GARCÍA MONLLEÓ

APORTACIÓN DE LA GERIATRÍA A LA MEDICINA

CONTESTACIÓN

del

ILMO. SR. D. BLAS GIL EXTREMERA

GRANADA 26 DE MAYO DE 2023

DISCURSO DE CONTESTACIÓN POR EL ILMO. SR. D. BLAS GIL EXTREMERA

Excmo. Sr. Presidente de esta Real Academia

Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos

Dr. D. Javier García Monlleó

Sras. y Sres.

Queridos amigos.

Es importante en la vida de todo médico, el poder ser elegido Miembro de Número de esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla. Y, es este el momento que ahora vive el Dr. García Monlleó; cuantos estamos aquí somos testigos de este acontecimiento. Particularmente, me siento honrado y satisfecho de ser quien proceda a darle la acogida a esta Real Corporación como Miembro Numerario.

Conocí al Dr. García Monlleó hace varias décadas en su doble y brillante trayectoria como Jefe Clínico de Medicina Interna y Geriatria del Hospital Universitario "San Rafael" de Granada, y como Director Médico de esta Institución.

Una excelente y sólida carrera profesional avalada por numerosos actos clínicos, a partir de la cuidadosa anamnesis, la exploración física de los pacientes y la pertinente valoración de las pruebas complementarias y de imagen. Toda esta aventura intelectual y científica, partió una vez obtenida la licenciatura de Medicina en el año 1978 en esta Universidad de Granada.

De manera constante y progresiva nuestro amigo fue escalando peldaños en la labor asistencial como Médico Adjunto y Especialista en Medicina Interna, en el Servicio de Urgencia Externa del Hospital Clínico "San Cecilio"; a continuación en el Servicio de Medicina Interna adscrito a la Cátedra de Patología General y Propedéutica de este Hospital, y con posterioridad en el Hospital General Básico "Santa Ana" de Motril; y en el Servicio de Medicina Interna y Geriatria del Hospital de "San Rafael" de Granada.

En otros momentos de su trayectoria personal, familiar y profesional he estado presente.

Médico excelente, ha dedicado su vida profesional al estudio y la atención de numerosos pacientes, en aras de su curación, o al menos alivio o el consuelo en una visión global, unitaria y humanística de cada caso, de cada enfermo y de cada problema.

El Dr. García Monlleó, gran amigo y compañero llega hoy a esta Docta Corporación para ocupar, pleno de inquietudes, objetivos y brillantes anhelos, el sillón número 36.

¡Bienvenido seas!

Nacido en Jaén, en el seno de una familia honesta y creyente, Francisco Javier García Monlleó, realizó la licenciatura de Medicina en Granada. Y, para este momento que nos ocupa aporta un copioso bagaje de trabajos – clínicos, docentes, de investigación y de gestión y organización en dos planos hospitalario y profesional – documentado en revistas científicas, comunicaciones a Congresos Nacionales y Extranjeros, monografías, libros y otros opúsculos. El Dr. García Monlleó está en posesión de los Títulos de Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriatria, certificado del Ministerio de Sanidad y Consumo de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud Español.

Es Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada gracias al trabajo de Investigación titulado “La asistencia hospitalaria en Granada: El Hospital de San Juan de Dios (1552-1835)”, con la calificación de APTO CUM LAUDE. Es Diplomado en Sanidad, en Geriatria y en Gerontología respectivamente. Posee el Máster Universitario en Gerontología Social, en Salud Pública y Administración Sanitaria, y en Bioética y Humanización de la Asistencia. Orden Hermanos de San Juan de Dios y Facultad de Teología de Granada, respectivamente.

Nuestro flamante Académico ha sido Profesor Asociado del Departamento de Medicina de esta Universidad, Presidente de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología, Presidente de la Comisión Deontológica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Granada, Académico Correspondiente de esta Real Corporación y Experto en Ética Médica del Consejo General de Colegios Oficial de Médicos.

Posiblemente, olvide alguna otra distinción, pero creo que con lo referido es más que suficiente.

El Dr. García Monlleó nos ofrece como discurso de ingreso en esta Real Academia, una lúcida mirada a la Medicina en su devenir histórico, en el presente y el apasionante futuro. De manera acertada nos habla de *Historia y Desarrollo de la Geriatria*, desde su nacimiento a su evolución nacional e internacional. Refiere a continuación, la implantación y desarrollo de la Geriatria en España, evocando cronológicamente los centros hospitalarios, los documentos oficiales y las personas que dieron vida a esta loable aventura que ha significado la Geriatria en provecho de los pacientes.

Como es obvio, el nuevo Académico, ha prestado especial atención a la situación de la Geriatria en Andalucía. En 1980, se fundó la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología. Ocho años después se consiguió la Acreditación docente de la Comisión de Especialidades de los Ministerios de Educación y de Sanidad para la formación de médicos especialistas de Geriatria por el sistema MIR en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla y en el Hospital San Rafael de Granada como subunidad docente siendo él Director Médico; tarea que, aunque no exenta de dificultades, continuó en los años siguientes.

El Dr. García Monlleó reitera la necesidad de ofrecer a los mayores la mejor asistencia geriátrica, la mayor calidad asistencial para mejorar la fragilidad que presentan algunos mayores. Son estos algunos de los principios que integran las *Bases de la Geriatria como especialidad médica*. Se consideran los siguientes ítems:

- El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de los recursos.
- Valoración geriátrica integral.
- Evaluación biomédica: anamnesis, exploración y pruebas complementarias.
- Evaluación funcional y evaluación mental incluyendo las áreas cognitiva, afectiva y onírica
- Evaluación social.

Nuestro amigo describe, además, de manera adecuada y certera los denominados Síndromes Geriátricos más relevantes: inmovilidad; úlceras por presión; incontinencia urinaria; deterioro cognitivo; síndrome

confusional agudo; polifarmacia y fragilidad como concepto de nuevo cuño.

Concluye su discurso con otro asunto de gran relevancia: la enseñanza de la Geriatria en las Facultades de Medicina Españolas. En este apartado se incluye la presencia de la Geriatria en el pregrado, las características de la formación en España, su evolución, decálogo de competencias, Comisión Nacional de la Especialidad, entre otras.

Debo señalar también, que en su brillante discurso aporta adecuada iconografía de autores relevantes en el devenir de la Geriatria a escala internacional.

A partir de la breve y certera sentencia: “*La verdad hace progresar la ciencia*”, la Geriatria como otras ramas de la medicina ha ido mejorando el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes de edad longeva. La rueda de la vida muestra cómo el presente deviene del pasado y se erige en trampolín del incierto y apasionante futuro. La historia es un *continuum* de hechos devanados como el áncora en la rueda. Nuestro nuevo Académico ha ofrecido una brillante narración sobre los orígenes de la Geriatria; pero en la asunción de que no hay futuro sin pasado, ni porvenir sin raíces. La redacción del texto que ofrece no es un *pruritus scribendi*, sino el afán de alcanzar el mayor número de personas – pacientes y profesionales – interesados en el devenir y el presente de la medicina lato sensu y geriatria en particular. El *leitmotiv* que ofrece el Dr. García Monlleó ha sido recuperar la Historia de la especialidad del túnel del tiempo y presentar en este momento de forma amena y sencilla los avances, conquistas, desvelos y sombras de una larga e inacabada jornada cuyo norte ha sido, en todo momento, el atender al “enfermo y la necesidad inaplazable de curarlo”.

Se trata de entender la medicina y obviamente la geriatria en su grandeza y complejidad clínica y pedagógica en recíproca relación con el fascinante mundo de la investigación. En toda época y momento, como ahora, ha habido médicos con el talento, y el arrojo necesario – como el Dr. García Monlleó ha demostrado – para sanar a sus pacientes sin retrasar su actuación a las calendas griegas, ¡Lo primero es el enfermo! Con este punto de partida, la ventura y el éxito acompañan a los valientes, no a los pusilánimes ni a los medrosos. Se trata de mantener la sencillez y el sobrio análisis de los hechos, sin fantasear ni inventar; pues, lo claro y evidente

no precisa ser explicado; lo misterioso, en cambio, es un fuerte estímulo para la imaginación. Además, la insatisfacción – por los avatares de la vida – puede ser en muchos casos la fuerza impulsora del progreso y la descubridora de tantos misterios que marcaron el rumbo de la humanidad. Esta idea, el ansia por avanzar es sentimiento transitivo “hacia adelante”; contrario al dulce sopor y la autocomplacencia, lugares donde anidan los gérmenes del nihilismo. Ciertos protagonistas de la historia de la Medicina, y por supuesto, de la Geriatria, citados por el Dr. García Monlleó, vienen a ser la “*crónica viva*” de la disciplina a la que ha dedicado apasionadamente su esfuerzo, trabajo y dedicación.

La Historia, es espiritual espejo de la Naturaleza, tiene como ésta, innumerables e infinitas formas.

Para vadear este ancho río ha sido necesario ejercitar “muscularmente” la memoria, analizar los hechos pretéritos, antes de que el tiempo los sepulte inexorablemente en el olvido. Porque sin la memoria, sin los recuerdos es imposible resucitar el pasado y recrearlo en el presente.

El Dr. García Monlleó ha dedicado su vida profesional, y su amor a la Medicina y la verdad científica en el ánimo de alcanzar el arcano conocimiento de las especies morbosas – “irregularidades de la naturaleza” como afirmara Thomas Sydenham y el deseo de conseguir doblegarlas. Pese a la difícil tarea de “explicar” la enfermedad y la corte semiológica que la acompaña; nuestro amigo, como otros muchos, trataron de dar respuesta a esta situación clínica. El asunto no es fácil ya que pueden imbricarse actos, hallazgos, conflictos, secundarismos, etc. Porque si bien es mucho lo alcanzado en el devenir de la medicina, es mucho más lo que queda por conocerse en la etiología, patogenia, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento; es decir, desde la necesidad de encontrar nuevas moléculas cada vez más eficaces y menos tóxicas, hasta la prescripción individualizada todos y cada uno de los pacientes. Como afirmaran los clásicos, “lo importante no es la enfermedad sino el enfermo”.

Los aspectos conceptuales de la clínica médica son tarea ardua. Su definición se nos escapa como el agua entre los dedos. Las voces que designan la disciplina son el intento de delimitar, compendiar o circunscribir el significado de la misma. A finales del siglo XIX, 1883, y como fruto de la integración de la clínica, la anatomía patológica y el

laboratorio nació la Medicina Interna y por ende, como rama de la misma, la Geriatria.

La medicina interna se define como el “estudio o tratado de las enfermedades humanas en sus vertiente conceptual y práctica”. Definición aplicable plenamente a las personas mayores. Pero, la enfermedad es una extraña criatura de múltiples y variadas formas que se muestra por fenómenos subjetivos u objetivos que pueden permitir su identificación.

La disciplina que nos ocupa, la medicina interna y la geriatría, constituye la columna principal del edificio médico. Con Sydenham en el siglo XVII se inició la nosología moderna con el recurso de la observación clínica!. Los conocimientos no exentos de empirismo, se enriquecieron con los criterios morfológicos, etiopatogénicos y fisiopatogénicos de épocas posteriores.

La evolución histórica ha ido evolucionando de la fisiopatología, nosología y anatomía patológica hasta los confines de lo ultramicroscópico y molecular. Pero, no olvidemos, que en la medicina actual el médico no puede soslayar que en el enfermo se integran las tres esferas del individuo: soma, psique y espíritu.

La medicina ha ido secularmente avanzando desde los primeros descubrimientos hasta la tecnociencia. La patología cardiovascular, por ejemplo, representa un importante reto patológico y clínico en relación al anciano. La hipertensión arterial es un factor de riesgo de primer orden por su frecuencia – más del 30% de la población española - y las repercusiones clínicas, sociológicas, familiares y económicas. Junto a otros procesos cardiovasculares – angor, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca congestiva y trombosis – representan el área donde más novedades terapéuticas se vienen ofreciendo.

Históricamente, la hipertensión en la vertiente clínica se ha considerado una deletérea consecuencia de la edad, de manera que llegó a pensarse que senescencia e hipertensión eran equivalentes. A consecuencia de esta idea surgió la Teoría *Nihilista o Nihilidad* “cualidad o condición de no ser nada”; es decir, que respecto a la terapéutica significaba, el no ofrecer ningún tratamiento. En otras palabras, los médicos creían que la presión arterial elevada no había que tratarla porque se consideraba normal para

la edad avanzada del paciente. Sin embargo, ante esta creencia generalizada se elevó una voz en contra. Este hecho ocurrió a finales de los ochenta gracias al profesor de la universidad de Lovaina Antoon Amery (1933-1994). Para demostrar su punto de vista fue necesario realizar un Ensayo Clínico a gran escala en pacientes mayores de sesenta años. En la investigación participaron los 23 países que entonces formaban la Unión Europea. Después de quince años de seguimiento a más de cuatro mil pacientes se comprobó de manera inequívoca que aquellos que recibían medicación, frente al grupo placebo, tenían mayor calidad de vida, mayor supervivencia, menor número de complicaciones y menor incidencia de demencia vascular. Los beneficiosos efectos de este estudio (SYST-EUR) se repitieron más adelante en los mayores de ochenta años (HYVET). La importancia de estos dos ensayos clínicos radica en ofrecer una respuesta rotunda y científica a una población cada vez más numerosa. Los resultados se publicaron entre otras, en dos revistas del máximo índice de impacto: New England Journal of Medicine, y The Lancet.

En síntesis, esta conquista en el área cardiovascular, está favoreciendo el pronóstico y la calidad de vida de millones de ancianos de todo el mundo que, antes de estos estudios, eran en cierto modo dejados a su suerte.

Para finalizar debo señalar dos graves problemas de plena actualidad: la eutanasia y el aborto. A este respecto, para muchos médicos sigue en plena vigencia el Juramento Hipocrático (siglo V a.C.) y el Código Deontológico; nuestro objetivo es intentar salvar vidas y proporcionar la mejor calidad y respeto de nuestros pacientes.

El Código Deontológico establece textualmente: “El médico no promoverá intencionadamente la muerte de un paciente, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten, ni por alguna otra exigencia. La eutanasia o homicidio por compasión es contraria a la ética médica”.

El médico, el científico, sienten la incógnita del más allá; en este misterio, consciente o inconscientemente los humanos han buscado explicación desde el principio de los tiempos. Por tanto, a partir de este sentimiento todo cobra sentido: ciencia, estudio, búsqueda de la verdad y ansia infinita de trascendencia.

¡Ay mi Señor,

Si yo pudiera hallar un nido

que me acogiera en esa próxima morada;

no únicamente

en este pobre corazón estremecido!

Tennessee Williams (1911-1983)

Querido Javier, pasa y toma sosiego en esta Academia. Junto a la serenidad y amistosa acogida te ofrecemos, encontrarás espacio de luz, de conocimiento e intercambio de experiencias científicas, culturales y de pensamiento.

Porque la idea de la Academia que nació a la sombra de un jardín en la Grecia de Platón y se fortaleció en la Italia renacentista sigue vigente. Y, ahora solo un breve paréntesis para recordar a Sófocles cuando afirmaba: “Existen muchas maravillas en el mundo, pero ninguna es más grande que el ser humano”.

Querido amigo, a partir de este momento serás Académico para siempre. Lo reitero, aquí está mi mano y mi abrazo, bienvenido seas.

He dicho.