

Geriatría clínica: un reto para el futuro cercano

Fernando Savater, a guisa de prólogo en su libro 'El valor de educar', sugiere dos baremos básicos que pueden señalarse para calibrar el desarrollo humanista de una sociedad. El primero es el trato y la consideración que brinda a sus maestros, y el segundo su sistema penitenciario, que tanto tiene que ver como reverso oscuro con el funcionamiento anterior.¹ En las actuales circunstancias añadiría uno más, de la mayor trascendencia, sobre la actitud y el crecimiento de la cultura alrededor de los ancianos, especialmente en sociedades que están precedidas de *gerontocracia*, tanto a nivel político como a nivel de instituciones que regentan la academia, por lo que se extraña la falta de desarrollo de la gerontología y la geriatría.

Aunque geriatría y gerontología están relacionadas, son dos disciplinas diferentes que trabajan en equipo con otras disciplinas. Mientras la geriatría nació dentro de la medicina, la gerontología tuvo su origen dentro de las escuelas de ciencias biológicas, psicológicas y sociales. La gerontología estudia el envejecimiento en todas las edades, considera algunos aspectos biológicos y psicológicos, pero en esencia aspectos educativos, jurídicos, económicos, culturales y sociales. En Colombia ella tiene que ver con el anciano sano y el sitio de acción principal reside en la comunidad. La geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, psicológicos y sociales de los ancianos; hace referencia al envejecimiento normal y a las enfermedades, es esencialmente clínica y atiende al anciano enfermo, actúa en los hospitales o a nivel ambulatorio; también incluye un manejo integral con medidas preventivas, curativas y de rehabilitación.²

El envejecimiento de la población mundial es un fenómeno evidente. En los últimos cien años, la esperanza de vida en los países desarrollados ha pasado de 48 a 76 años, el mismo aumento de los 1.900 años anteriores. En la actualidad, pues, vivimos casi el cuádruple que un centurión romano. Colombia se encuentra en transición epidemiológica en el camino de convertirse de un país con población joven a uno con población vieja. Se considera alrededor de 2.8 millones de personas mayores de 60 años, con un crecimiento anual calculado en 3%.

El desconocimiento y falta de oportunidad de aprendizaje sobre el adulto mayor tanto en pregrado como en posgrado, en la mayoría de especializaciones en nuestro país, lleva a falsas creencias o mitos relacionados con la geriatría. Los mitos o estereotipos sobre el anciano llevan a

dificultades diagnósticas y terapéuticas. Los mitos más frecuentes son el de 'la vejez es enfermedad'; el de 'deterioro', resaltando lo negativo y olvidando lo positivo del envejecimiento del anciano y de su crecimiento espiritual; el de 'senilidad', con la creencia que todos los ancianos terminan dementes; y el del 'nihilismo terapéutico', acerca de la intratabilidad de los ancianos. La *gerofobia*, llamada así al 'ancianismo' o 'viejismo', es transgeneracional en las facultades de medicina, donde se aprende que es más fácil rechazar al anciano que a desear el atenderlo. La *gerofobia* lleva a la creación de términos despectivos sobre el anciano ('chicharrón', 'hueso', 'vejestorio'), los cuales se diseminan rápidamente entre los profesionales de la salud y se convierte en un lenguaje referente a los ancianos hospitalizados o con múltiples diagnósticos. La *gerofobia* puede tener como consecuencia el acortamiento del tiempo de consulta y rudeza en el trato, lo que puede afectar la relación profesional-paciente anciano y llevar a la deshumanización de la atención.²

La mayoría de individuos mueren de las consecuencias de aterosclerosis, disfunción endotelial, cáncer y demencia pero en los adultos mayores, al referirse a la morbilidad, el sistema más afectado es el osteomúsculo-articular, con directa repercusión en la autonomía y la calidad de vida.³ La principal razón del cuidado del adulto mayor es propender por mantener esta autonomía y por ello la gerontología y la geriatría van ligadas a la promoción, prevención, profilaxis con el tratamiento y la rehabilitación precoz al tratar de conseguir el menor deterioro funcional y la mínima afectación de la calidad de vida, término que cada vez se fortalece en el lenguaje del Siglo XXI.

Los cambios relacionados con la edad nos enfrentan con un reto diagnóstico para distinguir lo fisiológico de lo patológico, con la necesidad de intervención tanto no farmacológica como farmacológica, en una cultura como la nuestra que transcurre entre la automedicación y la sobrevaloración de la información, como la ingesta diaria de melatonina y dehidroepiandrosterona (DEA) como suplementos nutricionales, en la búsqueda del 'elixir de la vida' o la 'fuente de la eterna juventud'. No hay estudios a largo plazo lo suficientemente seguros que nos aproximen a la necesidad de elevar las hormonas que declinan de forma fisiológica con la edad, en la edad adulta media o al inicio de la edad adulta mayor, con las controversias diarias sobre la conveniencia de la suplencia y las dosis de las mismas. De manera adicional, hay una disminución

de la respuesta al aumento de la concentración de estas hormonas, lo cual define sobre la ausencia de seguridad en la respuesta a la intervención.

Hay retos como los permanentes diagnósticos entre menopausia, andropausia, adrenopausia, somatopausia e hipotiroidismo subclínico, con presentaciones muy floridas en algunos individuos o escasas si no se explora de forma intencional en la mayoría de ancianos y que se pueden interpretar como cambios en la conducta y el comportamiento, o simplemente cambios imperceptibles que sólo la familia o el cuidador los pueden detectar y comunicar, lo que constituye un gran grupo de presentaciones atípicas de las enfermedades. Hay ausencia de estudios concretos nuestros sobre la necesidad de intervención en el uno y la no intervención en los otros. La distinción parece simple en la teoría pero en la práctica no lo es.³ La menopausia, entendida como disminución de los estrógenos (FSH, LH) y estrógenos; la andropausia, como disminución de la testosterona; la adrenopausia, como disminución de DEA; y la somatopausia, como disminución de la hormona de crecimiento y factor de crecimiento similar a la insulina.

Hay otros factores metabólicos que contribuyen en forma importante al aumento de la morbilidad en nuestros ancianos como son la disminución de hormonas de crecimiento, que se presenta con sobrepeso, y la ausencia de actividad física, siendo el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad factores predictivos de deterioro en la edad adulta mayor.⁴ Con la edad, se sabe del aumento de la disfunción endotelial y la resistencia a la insulina, lo que se traduce en aumento de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, del incremento de peso y el diámetro abdominal en la edad adulta mayor debido, entre otras cosas, a la disminución de leptina, hormona que contribuye a regular el apetito, los que es independiente del peso y el sexo.⁹ Los adultos mayores tienen disminución de la respuesta renal a la vasopresina, lo cual los hacen más vulnerable a la deshidratación y al desequilibrio hidroelectrolítico.⁵ La función pineal también se afecta con disminución de la melatonina, hay alteraciones en el sueño adecuado y reparador, con la necesidad de suplencia de la misma antes de acostarse. El grupo del Dr. Garfinkel tiene varios estudios clínicos controlados, con identificación de disminución de melatonina y sus metabolitos en pacientes con insomnio y mejoría significativa después del inicio de suplencia de melatonina.⁶

No hay mayores cambios en el eje de ACTH-cortisol, en comparación con enfermedades agudas o crónicas y la actividad durante la vida adulta mayor, con discreto incremento de cortisol plasmático y alteraciones mínimas en el ritmo circadiano, con picos más precoces y tempranos en las tardes en pacientes con insomnio.

Hay cambios importantes en el eje renina-aldosterona en los dos extremos de la vida y, especialmente, con disminución importante cercana al 50% en los 70 años,

tanto de la renina como de la aldosterona, con tendencia a hiponatremia e hiperkalemia, como resultado de hipoaldosteronismo, y reforzado por la presencia aumentada de hormona natriurética auricular.⁷

Con respecto a la DEA y su éster sulfato, se encuentra disminución dependiente de la edad, pero los ensayos clínicos controlados no han demostrado mejoría de los patrones clínicos utilizados para su control. Hay cambios relacionados con la presencia de acciones tanto de andrógenos como de estrógenos sin control de los mismos y la presencia de discreta mejoría en la piel de mujeres adultas mayores.⁸ No hay alteraciones importantes de la función adrenocortical, pero sí discretos cambios en el eje hipófisis-tiroides con alteraciones en el aclaramiento de T_4 y T_3 , con especial énfasis en la inconsistencia del valor de T_3 fundamentalmente con pérdida de parámetro como diagnóstico o como seguimiento en pacientes adultos mayores. El control de la patología tiroidea continúa bastante fiel con TSH y T_4 . Es importante el suplemento de vitamina D, en especial después de los 70 años, y la suplementación de calcio (1.500 mg/día) a partir de los 65 años.

La búsqueda intencional de la mirada biológica anterior contrasta con la atención compleja del adulto mayor en la que se maneja un enfoque multidimensional, en la que los problemas mentales y psicosociales son tan importantes y prioritarios en su autopercepción y calidad de vida, como los biológicos. El Dr. Carlos Alfonso Reyes-Ortiz, en su línea de investigación "La conexión mente-corazón-espiritualidad en el anciano", con un enfoque en medicina basada en la evidencia, sostiene al referirse a los estudios de Normand relativos a 14.581 pacientes y mortalidad posterior al infarto de miocardio, que los riesgos biomédicos explicaban sólo el 33% de la misma. Entre estos factores estudiaron albúmina sérica baja (<3 gm/dl), índice de masa corporal bajo, creatinina elevada (>2 mg/dl) y presencia de ritmo de galope, S_3 , trastornos en la conducción cardíaca o falla cardíaca congestiva a la admisión del paciente. Por lo tanto, los factores psicosociales podrían explicar el otro 67% que no cubren los factores de riesgo tradicionales, siendo el bajo nivel educativo, pobreza o bajo ingreso, aislamiento, vivir solo, ser soltero, ausencia de persona confidente, falta de soporte social, falta de soporte emocional, cambios ambientales bruscos como institucionalización o de domicilio, jubilación inesperada, problemas generados de la violencia (guerras, asaltos o desplazamiento forzado), estrés mental, depresión, viudez, bajo nivel de satisfacción de vida o falta de fe religiosa.¹⁰

Esta perspectiva biopsicosocial se identifica con la misión de la Facultad de Medicina de la UNAB, en la que se enfatiza la disciplina, el trabajo interdisciplinario y el enfoque integral con una reflexión permanente que permite la investigación. El plan de estudios de la Facultad hace posible, junto con los núcleos de integración, construir programas como el de semiología general y psiquiátrica, que incluye semiología geriátrica, con lo que

se pretende el equilibrio y se enfatiza la mirada humanista que tanto se reclama en nuestros tiempos, por medio de un diagnóstico integral que busca la causa que genera el desequilibrio dentro de esa perspectiva integral, con diagnósticos en enfermedades generales, mentales y psicosociales en el mismo individuo y en su contexto, con una especial mirada en la autonomía y la calidad de vida. Igualmente, se inicia el programa de geriatría clínica en el semestre de medicina interna, con lo que se pretende construir sentido en la competencia social, científica y profesional del estudiante de medicina UNAB.

Es clara la necesidad de prepararnos para atender integralmente a una población que aumenta a diario, de realizar investigación desde y en nuestra población, con un sentido de construcción interdisciplinaria, y en especial, de promoción y prevención con énfasis en la atención primaria y la *transcurricularización* de la geriatría en pregrado, para así facilitar programas de posgrado que formen al médico actual y vencer los mitos y creencias que hacen arraigo en nuestra sociedad.

Gustavo Adolfo Parra Zuluaga
 Coordinador Semiología y Medicina Interna
 Facultad de Medicina, UNAB

Referencias

1. Savater F. El valor de educar. México, Editorial Ariel, 1991: 7-8.
2. Reyes-Ortiz CA. Fundamentos de la enseñanza en geriatría. En: Medicina Geriátrica. Cali, Universidad del Valle, 1999: 3.
3. Lamberts SW, van den Beld AW, van der Lely AJ. The endocrinology of aging. Science 1997; 278:419-24.
4. Vahl N, Jorgensen JO, Jurik AG, Christiansen JS. Abdominal adiposity and physical fitness are major determinants of the age associated decline in stimulated GH secretion in healthy adults. J Clin Endocrinol Metab 1996; 81:2209-15.
5. Phillips PA, Rolls DJ, Ledingham JG, Crowe MJ, Wollner L. Reduced thirst after water deprivation in healthy elderly men. N Engl J Med 1984; 311(12):753-9.
6. Garfinkel D, Laudon M, Nofed P, Zisapel N. Improvement of sleep quality in elderly people by controlled-release melatonin. Lancet 1995 ; 346:541-4.
7. Bauer JH. Age-related changes in the rennin-aldosterone system physiological effects and clinical implications. Drugs Aging 1993; 3:238-45.
8. Baulieu EF, Thomas G, Legrain S, et al. Dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA sulfate, and aging: Contribution of the DHEAge Study to a sociobiomedical issue. Proc Natl Acad Sci USA 2000; 97:4279-84.
9. Isidori AM, Strollo F, Móre M. Leptin and aging: Correlation with endocrine changes in male and female healthy adult population of different body weights. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85: 1954-62
10. Reyes-Ortiz CA. La conexión mente-corazón en el anciano. En: Medicina geriátrica. Cali, Universidad del Valle, 1999: 132-8.