

Los adultos mayores y la Geriatria

Prof. Dr. Enrique de Mestral, Prof. Dra. Miriam Riveros, Dra. Giulia Cipolla

Docentes del Postgrado en Geriatria y Gerontología Universidad Nacional de Asunción y UNI.



Enrique de Mestral

Resumen: Los adultos mayores constituyen el 10% de nuestra población. La geriatría trata las alteraciones de la salud e intenta evitar la pérdida de autonomía. Muchos aspectos bioéticos entran en la toma de decisiones (medicina centrada en la persona, medidas proporcionadas, limitación del esfuerzo terapéutico, directivas anticipadas, cuidados paliativos).

Abstract: Older adults constitute 10% of our population. Geriatrics manages health problems and tries to avoid loss of autonomy. Many bioethical aspects are considered in decision makings (person centered medicine, proportionate measures, therapeutic effort limitation, advanced directives, palliative care).

Palabras clave: personas adultas mayores, geriatría, cuidados paliativos.
Key words: older adults, geriatrics, palliative care.

Los adultos mayores

La OMS fija la edad del grupo de personas adultas mayores (PAM) en los países en desarrollo en 60 años y más⁽¹⁾. Paraguay tiene un 10% de su población en esta franja, un punto por debajo de la media mundial⁽²⁾. En los países desarrollados este grupo se configura a partir de los 65 años, ya que ellos tienen una sobrevivida de 10 años más⁽³⁾.

En Paraguay la Constitución Nacional en su artículo 57, la Ley 1885/02 y su Decreto Reglamentario 10068/07 tutelan los derechos e intereses de las Personas Adultas Mayores entendiéndose como tal a todas las personas de 60 años y más. Designa como órgano de aplicación de dicha ley al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), quien en el año 2007 con la reglamentación de dicha ley, crea la Dirección de Adultos Mayores (DAM) con la función de ejecutar políticas destinadas a mejorar la calidad de vida de las PAM (salud, educación, integración, asistencia técnica, recursos humanos especializados, fomentar alianzas con otras instituciones, etc.). En el año 2015 la DAM crea la "Libreta de Salud de la Persona Adulta Mayor". La misma tiene como objetivo documentar la atención integral de las PAM, identificar problemas frecuentes y situaciones de riesgos, y planificar la intervención integral en pacientes de este grupo etario; lo que dará mayor acercamiento a esta población al sistema socio sanitario a nivel país.

Geriatría y Gerontología

La atención de esta población sobrepasa las competencias de la medicina interna o de la medicina familiar pues a medida que pasa el tiempo la gente se va enfermando en las diferentes dimensiones.

La **Geriatría** es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, la prevención de la pérdida de autonomía y la rehabilitación del adulto mayor, así como la Pediatría es para los niños. La **Gerontología** es el conjunto de disciplinas que se ocupan del manejo de las PAM (estudio del envejecimiento, aspectos sociales, nutricionales, etc.)⁽⁹⁾.

En el aspecto **mental** de esta población se nota un aumento considerable de la Enfermedad de Alzheimer, trastornos de la conducta, del estado de ánimo, de la percepción⁽⁴⁾. En el plano **funcional** se ve una dependencia creciente con la sarcopenia (pérdida de masa y fuerza muscular relacionada con la edad), necesiéndose de personal adiestrado y servicios de rehabilitación⁽¹⁰⁾. En los aspectos **biomédicos**, se injertan las afecciones de diferentes sistemas, la insuficiencia cardíaca, las arritmias, los eventos cerebrovasculares (EVC), las deficiencias del aparato respiratorio debido al EPOC y las intersticiopatías, las limitaciones articulares y del desplazamiento, así como la aparición del cáncer, sobre todo del tubo digestivo, de la próstata y de mama.

Otro aspecto a considerar es la relación con la familia pues es, así como en el niño, la que brinda la contención de las PAM.

La toma de decisiones muchas veces pasa por encima del asentimiento del paciente y son los familiares junto con el profesional los que deciden de la conducta a seguir. Justo en este tema de la toma de decisiones entran en juego los aspectos bioéticos, la implementación del nivel de atención, las medidas ordinarias (las practicables en la casa o en sala común), las extraordinarias (en terapia

intensiva, reanimación, diálisis, alimentación parenteral) y la limitación del esfuerzo terapéutico.

Debe también determinarse si las medidas son proporcionadas o desproporcionadas a los resultados esperados. Es muy diferente emplear todas las medidas en pacientes previamente postrados, muy deteriorados, caquéticos o portadores de alguna neoplasia que en paciente previamente en buen estado funcional. Aquí, una misma afección médica puede exigir una dicotomía en la decisión terapéutica.

Proponemos una medicina **centrada en la persona enferma** y no una medicina centrada en la enfermedad que padece. Esto último lleva al cumplimiento estricto de protocolos establecido en los centros sanatoriales referentes al grado de alejamiento de los parámetros establecidos como normales para esa franja etaria. En unos estos protocolos brindarán una atención proporcionadas, pero en otros todas esas medidas serán totalmente desproporcionadas a los resultados esperados⁽⁵⁾.

Debe actuarse también sobre el problema del discernimiento de la situación por los médicos jóvenes que reciben en la urgencia a estos pacientes. Ellos suelen estar muy ocupados y no disponen del tiempo necesario para indagar de los parientes o acompañantes el estado funcional o mental previo, los deseos o negativas de los mismos pacientes referente a su atención en caso de que ellos no puedan tomar las decisiones (directivas anticipadas)⁽⁶⁾.

La dependencia física y mental trae aparejada una atención prolongada en el hogar, debiendo una persona hacerse cargo de esta labor. Esto trae aparejado que alguien tenga que renunciar a su actividad laboral lucrativa, o que uno de los familiares vaya siendo designado tácitamente como cuidador principal, o que en familias más pudientes se contrate personal (y a veces hasta dos o tres turnos) para este menester. En todos ellos, ya sean familiares o contratados, ocurre el desgaste (burn out, cansancio del cuidador) debido al tiempo de atención, a la falta de apoyo, a la falta de conocimiento necesario, al

no relevo y al aislamiento progresivo de ese cuidador de su mundo habitual (amigos, familiares, otras actividades recreativas).

Es importante también mencionar que Paraguay no cuenta con suficientes sistemas de respiro (residencias geriátricas de corta estancia o centros de día) ya sea a nivel público o privado. Estamos pues ante el peligro del maltrato, que puede ser al inicio psicológico y/o verbal pero que puede también evolucionar hacia el maltrato físico (estirones, empujones, y hasta castigos). Este maltrato puede también tener la forma de abandono⁽⁷⁾.

Evolución del adulto mayor

En la experiencia de la Geriatría ambulatoria, un paciente se presenta al consultorio hacia los 60-65 años y es visto regularmente unos 10 años.

Luego la **dependencia** comienza a instalarse y el **desplazamiento** es un problema para los familiares, quienes solicitan una visita domiciliaria. Desde ese momento se determina un poco el pronóstico vital a unos 4-5 años en que fallecen.

Una minoría tiene una **muerte súbita** (arritmia, desequilibrio hidroelectrolítico, ECV, alguna embolia). La mayoría va desarrollando un estado de **complicaciones crecientes**:

- encamamiento,
- aparición de escaras,
- deterioro cognitivo y de la conducta,
- dificultades para hidratarse y alimentarse,
- incontinencias e infecciones de orina,
- caídas repetitivas y
- fracturas que llevan a un encamamiento forzado.

Otros presentan alguna neoplasia que avanza. La mayoría de estos problemas no regresan y necesitan de cuidados de diverso grado. En algunos se detectan los criterios de terminalidad (afecciones avanzadas, irreversibles, complicaciones crecientes, no respuesta a los tratamientos habituales, sufrimiento creciente y una esperanza de vida corta, unos 6 meses más o menos). Lo adecuado para esta situación es la implementación de

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud

- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Contactenos:
www.farmanuario.com - tendencias@farmanuario.com

los cuidados paliativos que no buscan la curación ni la recuperación, sino el confort del fin de la vida⁽³⁾.

El problema surge cuando el anciano llega a esta situación y los profesionales no están capacitados para detectar esos criterios e implementar el tratamiento proporcional, los cuidados paliativos. Aunque muchos no estén en período terminal de sus afecciones (*renal, pulmonar, cardíaca, neurológica o neoplásica*) pueden beneficiarse de estos cuidados paliativos, proporcionándoles un alivio del dolor, de la disnea, manejo de las úlceras, movilizaciones con kinesioterapia, apoyo

espiritual y psicológico así como nutricional según la necesidad en ese momento.

El equipo de cuidados paliativos puede tener su costo, puesto que se trata de un grupo interdisciplinario para ocuparse de todos los aspectos, pero la ventaja está en que se da una atención humanizada y renunciando a internaciones prolongadas, costosas y al ensañamiento terapéutico inútil⁽⁸⁾.

Recibido: 13/03/2017
Aprobado: 29/06/2017

Bibliografía

1. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida. [citado 2017 Feb 19] Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es>.
2. DGEEC. Paraguay Nacional. Proyección de la Población Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000-2025 [citado 2017 Feb 19] Disponible en: <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/proyeccion%20nacional/Estimacion%20y%20proyeccion%20Nacional.pdf>.
3. OMS. La salud de los adultos en peligro: el ritmo de las mejoras disminuye y las diferencias se acentúan. [citado 2017 Feb 19] acceso en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>.
4. OMS. La salud mental y los adultos mayores [citado 2017 Feb 19] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es>.
5. Mercado R Cristián. DILEMAS BIOÉTICOS EN GERIATRÍA: TOMA DE DECISIONES MÉDICAS. Acta bioeth. [Internet]. 2001 [citado 2017 Feb 19]; 7(1): 129-141. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100010&lng=es.
6. Crippa E. Aspectos bioéticos en las publicaciones sobre los cuidados paliativos en las personas mayores: análisis crítico. Rev. Bioét. [Internet]. 2015 [citado 2017 Feb 19]; 23(1): 152-163. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/es_1983-8034-bioet-23-1-0149.pdf.
7. Tabueña Lafarga C. Mercedes. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. Psychosocial Intervention [Internet]. 2006 [citado 2017 Feb 19]; 15(3): 275-292. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300003&lng=es.
8. Pessini Leo, Bertachini Luciana. NUEVAS PERSPECTIVAS EN CUIDADOS PALIATIVOS. Acta bioeth. [Internet]. 2006 [citado 2017 Feb 19]; 12(2): 231-242. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200012>.
9. Sociedad Española de Geriátría y gerontología, Tratado de Geriátría para Residentes Madrid 2006; 1: 26.
10. Rolland Y, Czerwinski S, Abellan Van Kan G, Morley JE, Cesari M, et al. Sarcopenia: Its assessment, etiology, pathogenesis, consequences and future perspectives, J Nutr Health Aging 2008; 12: 433-50.