RINCÓN CIENTÍFICO

ECOS

"FUNDAMENTOS DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA PARA UNA CORRECTA ENFERMERIA GERIATRICA"

Por el Profesor PIETRO DE NICOLA

Director del Instituto de Gerontología y Geriatría de la Universidad de Pavia (Italia).

*** El presente trabajo es un resumen de la Ponencia presentada en el III Congreso Nacional de Enfermería Geriátrica celebrado en Barcelona en el mes de Abril de 1989.**

En un Congreso dedicado a la Enfermería Geriátrica en sus varios aspectos, es particularmente importante conocer los **fundamentos de la geriatría y gerontología**, como premisa para una **correcta enfermería geriátrica** y en general para todas las formas de atención a la vejez, inclusive los hospitales, las residencias, los hospitales diurnos, la asistencia domiciliar, social y psicológica y sobre todo la rehabilitación.

De estos y otros problemas se hablará en el curso del congreso, pero ahora es necesario presentar los conceptos fundamentales de la gerontología y geriatría moderna, sin olvidar que estamos al fin del siglo XX, y se debe ya pensar en la situación en el próximo siglo XXI.

GERIATRIA = medicina de los ancianos, es decir:
- asistencia médica = prevención y tratamiento de enfermedad de la vejez y además,
- asistencia psicológica y socioeconómica.

GERONTOLOGIA = estudio del envejecimiento y sus consecuencias

Consecuencias del envejecimiento en el hombre:
- biológicas
- pisológicas
- médicas
- socioeconómicas

¿Hoy, como se puede **definir la gerontología y geriatría** en general? Es costumbre decir que la gerontología se refiere al estudio sobre todo biológico del envejecimiento de cualquier organismo inclusive los vegetales. Ya se sabe establecer la edad de las **seguiolas milenarias de la California** y de otros árboles en base a los círculos concéntricos cuando se corta el tronco, pero es difícil aplicar un método parecido a los animales y al hombre, aunque algunos criterios de valoración se pueden obtener en base al estudio de los tejidos y órganos, desde el punto de vista anatómico y funcional.

En geriatría se estudian las consecuencias del envejecimiento no solamente social y económico, sino también a nivel médico, psicológico, social y económico, y la conclusión es que la gerontología y la geriatría son casi sinónimos. Posiblemente algunas de estas consecuencias se pueden aplicar no solamente al hombre, sino también a varios animales, como el perro, el lobo, el león, cuando están enfermos y viejos.

Al tiempo de los griegos y romanos:
- duración media de la vida no más de 20-30 años.
- pequeño aumento en el medio evo y renacimiento.
- solamente 50 años a la fin del siglo pasado.

Hoy:
- 70 años y más en los países industrializados.
- no más de 40-50 años en los países así llamados en fase de "desarrollo".

Hoy, para una interpretación moderna de la geriatría, se deben considerar las **consecuencias médicas, sociales, psicológicas, económicas del alargamiento de la duración de vida** en los últimos decenios respecto a los siglos pasados. Al tiempo de los griegos y romanos la duración media de la vida no era más de 20-30 años, con un pequeño aumento en el medio evo y el renacimiento, y solamente 50 años al fin del siglo pasado. Hoy se habla de 70 años y más en los países industrializados, mientras no se llega a más de 40-50 años en los países así llamados en fase de "desarrollo".

¿Qué pasa en los hombres que llegan a 70 y más años, y que no pasaba cuando la duración media de la vida era de 50 años? Es clásico afirmar que en estos individuos aparecen más frecuentemente **enfermedades así llamadas degenerativas,** que son típicas del envejecimiento, como enfermedades vasculares de naturaleza arteriosclerótica - infarto, accidentes cerebrales, etc.- y enfermedades degenerativas de las articulaciones, es decir artrosis.

AUMENTO DEL PROMEDIO DE VIDA: CONSECUENCIAS
Aumento de la población de ancianos.
Aumento de enfermedades degenerativas invalidantes.
Aumento de pacientes minusválidos.
Aumento de la necesidad de asistencia (médica, psicológica, socioeconómica).

Esto no significa que ahora estas enfermedades son más frecuentes que en el pasado, sino solamente que, cuando se vivía hasta los 50 años, no alcanzaba el tiempo para su desarrollo, mientras ahora, entre 50 y 70 años, hay bastan-

te tiempo para su observación, en cuanto se trata de **enfermedades típicas de las edades presenil y senil.**

Hoy viene corrientemente aceptada la clasificación de las varias edades según la **clásica propuesta de Greppi,** y

EDADES DE INTERES GERIATRICO
- 45 a 60 años: edad intermedia, crítica, presenil, del primer envejecimiento.
- 60 a 70 años: senectud gradual.
- 70 a 90 años: vejez declarada.
- Más de 90 años: longevidad.

también otros, con pequeñas variaciones, con la edad presenil, aproximadamente entre 45 y 65 años, y la edad senil después de los 65-70 años. Esta clasificación tiene también un sentido práctico, en cuanto justamente en la edad presenil se observan más frecuentemente las enfermedades degenerativas ya recordadas, con importantes consecuencias, y sobre todo que estas enfermedades provocan muy frecuentemente **estados de invalidez y de insuficiencia funcional, con evolución crónica y necesidad de rehabilitación y de asistencia especializada.**

CONCEPTOS FUNDAMENTALES EN LA GERIATRIA MODERNA
- invalidez, cronicidad y rehabilitación.
- definición de enfermo crónico y enfermo crónico anciano.
- cuando empieza la vejez y cuando se es anciano.

Aquí aparecen, entonces, algunos **conceptos fundamentales en la geriatría moderna,** es decir invalidez, cronicidad y rehabilitación y, en base a estos conceptos, proponer la **definición de enfermo crónico y enfermo crónico anciano,** y después establecer **cuando empieza la vejez** y **cuando se es anciano.**

ASISTENCIA DE ANCIANOS

ASISTENCIA INSTITUCIONAL (o en asilos).
- hospitalaria: agudos, hospitalización prolongada, crónicos.
- casa de reposo (o estancia).

Cara para la comunidad
Desagradable para los ancianos (saben cuando entran pero no cuando y como saldrán: ¡precementerios!).

ASISTENCIA ABIERTA
- hospital o centro diurno.
- asistencia domiciliaria.

Económica para la comunidad.
Más agradable para los ancianos (que permanecen en su hogar con su familia).

La definición de enfermo crónico y de enfermo crónico anciano presupone un rápido análisis de los otros tipos de enfermedades, sobre todo en el anciano, en base a la **organización actual de la asistencia.** En los hospitales ya existen desde mucho tiempo secciones para enfermos agudos y crónicos y, recientemente, se ha introducido el concepto de **larga estancia (hospitalización prolongada)** que se aplica sobre todo a los enfermos ancianos.

IMPORTANCIA Y NECESIDAD DE UNA ASISTENCIA DIFERENTE PARA ANCIANOS ENFERMOS
- mayor duración de la fase aguda.
- hospitalización más prolongada para la recuperación completa.
- importancia de la rehabilitación.
- prevención de la cronicidad.

Los **enfermos agudos** permanecen en el hospital por un tiempo relativamente breve, que puede ser en media de 15-20 días, pero es en general más largo para los ancianos, es decir de 30 o más días, porque presentan frecuentemente complicaciones y necesita más tiempo que en el no anciano para una recuperación completa. En esta fase es fundamental **intensificar las medidas de rehabilitación y prevenir la cronicidad.**

Después de la fase aguda es necesario, por lo tanto, un **período de larga estancia (hospitalización prolongada)** que puede durar hasta 90 días o poco más, y este período puede ser aplicado a **enfermos todavía recuperables,** mientras en la fase de **cronicidad** se trata de **enfermos no recuperables.** Esta es la diferencia (hospitalización prolongada), para llegar a una recuperación completa, y enfermos crónicos, no autosuficientes y no recuperables.

En todos los casos, los ancianos enfermos -agudos, a larga estancia (hospitalización prolongada) y crónicos requieren una asistencia diferente respecto a los jóvenes, por las características peculiares de algunas enfermedades de la edad avanzada y la asistencia médica y de enfermería que requiere el anciano enfermo.

HOSPITALES GERIATRICOS ESPECIALIZADOS
= conjunto hospitalario tipo departamental.

Ventajas principales:
- economía de administración (laboratorio, servicios, etc.).
- enfoque unitario de la asistencia.
- facilidad de traslado de un departamento a otro (agudos, hospitalización prolongada y crónica).

Estas secciones para ancianos enfermos pueden existir en un hospital general, con todas las especialidades, pero hay también **hospitales geriátricos especializados** con secciones geriátricas en sentido estricto, y también con otras especialidades, como la cirugía, la urología, la neuropsiquiatría, la dermatología geriátrica, etc.

En los hospitales geriátricos especializados hay varias **ventajas,** como la **economía de administración** con laboratorios y servicios comunes y sobre todo un **enfoque unitario de la asistencia** y facilidad de traslado de un departamento a otro (agudos, hospitalización prolongada y crónica).

IMPORTANTES:
- secciones de cuidados intensivos:
unidades apoplécticas,
coronáricas y metabólicas.
- secciones de aislamiento para pacientes con estados confusionales y de agitación.

RINCÓN CIENTÍFICO

ECOS

En los hospitales geriátricos son muy importantes las **secciones de cuidados intensivos,** sobre todo **unidades apoplécticas, coronarias y metabólicas,** y **secciones de aislamiento** para pacientes con estados confusionales y de agitación. Algunas **propuestas originales** son los **"half-way hospitals"** y los **"five-day hospitals"**, que representan formas de asistencia intermedia respecto a la hospitalización continua.

Los hospitales pertenecen a la **asistencia institucional,** es decir en institutos, como las **casas de reposo,** en las cuales no debe faltar una asistencia médica regular y también psicológica y social.

CASAS DE REPOSO O ESTANCIA

No deben ser depósitos de ancianos, hospicios, gerocomios, lazaretos o "precementerios".
No deben ser aceptados si carecen de un mínimo de asistencia médica, de rehabilitación y sociopsicológica.
Permanencia periódica, temporal, no ilimitada.
Estancia para ancianos, que saben que podrán regresar a sus hogares, con su familia.

Pero, además de la asistencia hospitalaria, en casas de reposo o residencias, es decir institucional, hoy la forma más moderna y actual de asistencia a los ancianos es la **asistencia abierta,** es decir **domiciliaria** y en **centros y hospitales diurnos.**

HOSPITALES Y CENTROS DIURNOS

Medios de transporte: individuales, colectivos.
Actividad: confirmación de diagnósticos, tratamientos médicos, rehabilitación y recreación, comida y pequeños entremeses.
Ventaja económica: más económicos que los asilos, ¡reembolso!.
Ventaja psicológica y social: no aíslan a los ancianos, les permiten vivir en familia: resulta agradable para ancianos y jóvenes.

Mucho se ha hablado, sobre todo de estos últimos, que en algunos países se han desarrollado en forma casi explosiva. En Inglaterra, en el 1971, los hospitales diurnos eran 100, con 20 a Londres, en el 1978 ya eran 200, con 40 a Londres, y en el 1982 ya habían llegado a 300. Los hospitales diurnos son más económicos que la asistencia hospitalaria, y sobre todo agradables para los ancianos, que pueden quedarse en su casa, con su familia.

ASISTENCIA DOMICILIARIA

Médicos, también para exámenes de sangre, ECG, radiografías, venoclisis, tratamiento de úlceras por decúbito.
Enfermeras, para inyecciones, aseo personal, asistencia diurna o nocturna.
Rehabilitadores (técnicos de rehabilitación): fisiocinesiterapia, terapéutica ocupacional.
Trabajadoras sociales: asistencia sociopsicológica.
Ayudantes domésticos: aseo de la casa, compras.

Es importante subrayar que en general, como en Inglaterra, Italia y otros países, el seguro social puede reembolsar el coste del hospital diurno, mientras para la asistencia domiciliaria el desarrollo ha sido más lento, mismo en Inglaterra, sobre todo a causa del coste muy elevado y del número muy alto de personal necesario.

IMPORTANCIA DE LA REHABILITACION EN GERIATRIA

En ancianos: desempeño funcional disminuido en todos los órganos, inclusive en condiciones normales (anciano llamado sano) con incapacidad de diversos grados (autosuficiencia disminuida).
Necesidad de rehabilitación y recuperación funcional.
No sólo para los órganos que rigen el movimiento (vasculopatía cerebral: trombosis y hemorragia cerebrales, artrosis), sino también para los demás órganos y aparatos: cardiovascular, respiratorio, digestivo y urinario.

En todas estas formas de asistencia al anciano el aspecto más importante que mejor caracteriza y califica a la geriatría es la **rehabilitación.** Los ancianos sufren un deterioro progresivo de diversas funciones orgánicas, llegando a un estado de incapacidad, de insuficiencia funcional en todos los órganos, susceptible, por tanto, de medidas adecuadas de rehabilitación, reactivación y reeducación, también en ancianos así llamados sanos. Estas consideraciones pueden valer sobre todo para las alteraciones de la función motora, como la vasculopatías cerebrales y las enfermedades del aparato locomotor.

DEFINICION DE ANCIANO SANO
persona con ALTERACIONES MORFOLOGICAS Y FUNCIONALES
en el límite entre lo normal y lo patológico
EN EQUILIBRIO INESTABLE
y con
ADAPTACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL
a las posibilidades reales de rendimiento.

En esta definición de la rehabilitación para los ancianos se debe considerar un concepto fundamental en gerontología y geriatría, es decir que también en **ancianos sanos** se presentan numerosas alteraciones morfológicas y funcionales de los órganos y tejidos. No se trata de alteraciones patológicas en un sentido estricto, pero su fisiología ya no es normal. Son alteraciones en el límite entre lo normal y lo patológico, cuyo grado varía en los distintos órganos y tejidos, que aparecen en diferentes épocas, es decir con una cronología variable de un individuo a otro durante el envejecimiento.

Se han propuesto numerosos criterios para valorar las alteraciones del envejecimiento y en consecuencia el **grado de envejecimiento del organismo:** por ejemplo, según las características de piel, ojos, arterias y venas superficiales, marcha y comportamiento en general, y por las alteraciones visuales o auditivas y, sobre todo, los trastornos psicológicos del envejecimiento (por ejemplo, depresión, falta de adaptación, aumento de la emotividad, tendencia a la ansiedad, disminución del desempeño psicofísico en la destreza y

coordinación de movimientos y reacciones psicomotoras, etc.).

CRITERIOS PARA VALORAR

- las alteraciones del envejecimiento y
- el grado de envejecimiento del organismo.

por ejemplo:

- características de piel, ojos
- arterias y venas superficiales
- marcha y comportamiento en general
- alteraciones visuales o auditivas
- trastornos psicológicos del envejecimiento (depresión, falta de adaptación, aumento de la emotividad, tendencia a la ansiedad, disminución del desempeño psicofísico en la destreza y coordinación de movimientos y reacciones psicomotoras, etc.)

Estas alteraciones se caracterizan y ello constituye uno de los leitmotif de la gerontología y geriatría, por un **equilibrio inestable,** ya que son suficientes causas a veces mínimas para romperlo, que en sujetos jóvenes no tienen consecuencias o son leves y de poca duración.

SIGNOS BIOHUMORALES	ENFERMEDAD CLINICA
• hipercolesterolemia	• aterosclerosis
• hipercoagulación	• trombosis
• hiperglucemia	• diabetes
• hiperuricemia	• gota

ALTERACIONES METABOLICAS COMUNES

En la edad intermedia o del primer envejecimiento hay varios **signos subjectivos,** pero también algunas **alteraciones funcionales y biohumorales,** en el límite entre lo normal y lo patológico, es decir, todavía no aparecen como enfermedades clínicas, pero siempre son importantes para predecir su posible evolución hacia enfermedades declaradas.

TEORIA DEL ICEBERG

Alteraciones metabólicas comunes = masa sumergida.
Signos biohumorales = puntas salientes no siempre reconocibles con facilidad.
Enfermedad declarada = masas muy sobresalientes, visibles, pero ya demasiado tarde.

En la así llamada **teoría del iceberg,** estos signos precoces del envejecimiento representan las puntas del iceberg, que sobresalen más o menos sobre el nivel del mar, en tanto que la parte sumergida corresponde al substrato o alteraciones metabólicas comunes de todas estas tendencias patológicas que preparan la aparición de diversas enfermedades, principalmente en la edad crítica o primer envejecimiento.

Edad crítica = Edad de transición

Fase de adaptación del organismo a la vejez
(régimen de "revoluciones" reducido)
Fase delicada de equilibrio inestable
("cambio de velocidad")

Por esta razón en esta edad el organismo es más vulnerable a enfermedades, como un motor que pasa de una velocidad inferior cambiando el número de revoluciones y sometiéndose a un esfuerzo especial. Se trata de una **fase delicada de equilibrio inestable,** debida al cambio de velocidad, y entonces a la adaptación del organismo a la vejez.

Todos estos conceptos representan una breve premisa para las conferencias siguientes, que trataran los aspectos particulares y prácticos de la enfermería geriátrica según los más recientes adelantos.

BIBLIOGRAFIA

P. de Nicola: Geriatría. El Manual Moderno, México, 1985.