Necesidad de geriatrizar a los profesionales de los servicios quirúrgicos que atienden personas mayores.

Autores

Dr. Luis Felipe Heredia Guerra

Dra. Mercedes Ramos Quiroga

La necesidad de una formación en Geronto-Geriatría para cualquier medico de especialidades quirúrgicas no ha hecho más que consolidarse con el envejecimiento poblacional del mundo, nuestra región de América Latina y el Caribe, y en particular en nuestro país, con características propias en cada países y Cuba, se pronostica que en el 2050 alguno países latinoamericanos, un 10 % de su población sea mayor de los 80 años, con alta probabilidad de ser atendidos por servicios quirúrgicos, siendo solamente por la edad pacientes frágiles. Una de las características relevantes de este proceso de envejecimiento es la rapidez con que se está produciendo en nuestra Región de las Américas, a diferencia de Europa, por lo que urge preparar a nuestros profesionales de la salud en general, entre ellos los de especialidades quirúrgicas en las particularidades del envejecimiento humano y del diagnóstico y terapéutica de las personas mayores.

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable y está relacionado con el estado de salud por la transición epidemiológica de las enfermedades, con aumento de las crónicas no trasmisibles. Al menos una de estas enfermedades aparece en aproximadamente el 70% de los ancianos y tres o más de ellas en el 35%, contrario a lo que ocurre en los más jóvenes en los que predominan las enfermedades agudas.

La Cirugía de los mayores de 60 años, se incrementa y acrecienta los costos en las instituciones hospitalarias, en esto influye el hecho que el adulto mayor frecuentemente tiene varias enfermedades, atenciones médica repetida, y polifarmacia asociado a esto. Cuya clínica es diferente que hace nos confundamos en el diagnóstico, cuando no tenemos el conocimiento geriátrico oportuno, así como la fisiopatología del paciente de este grupo de edad que provoca poca rapidez del diagnóstico, algo muy necesario

en la atención a las urgencias de las especialidades quirúrgicas. lo que precisa de profesional que atiende a las personas mayores, conozcan la forma de presentación de los cuadro clínico atípico, que generalmente nunca va ser tan florido como el que está descrito clásicamente en los textos médicos, tanto para la preparación de la intervención quirúrgica como el tratamiento posterior es importante conocer la presencia de comorbilidad, la recuperación del paciente adulto mayor demora más que el adulto joven, las complicaciones se presentan con mayor frecuencia y son más severas y menos tolerables, fundamentalmente por los síndromes Geriátricos como incontinencia urinaria, caídas, inmovilidad y trastornos cognitivos, además de frecuentes, hay mayor predisposición de úlceras por presión, deshidratación, insomnio, fecalomas, depresión, temor a la muerte, anorexia.

El principio de causalidad es decir la relación entre las manifestaciones clínicas y el órgano lesionado o enfermo en la mayoría de los casos no existe, por lo que aumenta la necesidad de la geriatrización en los servicios quirúrgicos, pues muchas veces la pérdida de una función que el paciente mantenía hasta ese momento puede ser la primera manifestación de la enfermedad, siendo frecuente que el órgano más frágil sea el primero que fracase independientemente de la causa del proceso. De ahí la importancia de establecer una conducta médica dirigida más a la prevención y el tratamiento de la pérdidas de funciones, que a la cura de las enfermedades.

También tenemos que tener en cuenta los aspectos psíquicos y sociales que son propios de esa edad, e influyen como determinantes socio-económicos y psicológicos en la evolución clínico-quirúrgica de los ancianos. El bienestar en los ancianos depende de las condiciones de vida que les ofrezca el medio donde se desenvuelven, exigen la satisfacción de sus crecientes necesidades psicológicas, socioeconómicas, biológicas y funcionales, factores que tienen una indisoluble interrelación en la producción del proceso patológico. Que conlleva una atención diferenciada, especializada, continua y cuádruple a través de la cual se diagnostican un grupo de problemas que pueden llevar al anciano a la discapacidad, que no son solo clínicos, sino que están

relacionados con la funcionabilidad, la mente, y la vida social y económica.

Definir la salud en el adulto mayor es complejo. Se considera como sinónimo de capacidad funcional para el desenvolvimiento de estas personas en su medio familiar y social y la realización de las actividades del diario vivir, y no como la presencia de las enfermedades que puedan presentar; la expresión disímil y usualmente distorsionada de las presentaciones clásicas de las enfermedades, sumado a la dificultad para separarlas del resultado de la declinación inevitable de las funciones secundarias al envejecimiento, ha provocado la necesidad de emplear métodos de evaluación diferentes a los utilizados en las personas de menos de 59 años. La evaluación deberá ser periódica a modo de valorar las capacidades que presenten para realizar las distintas actividades, en lo cual es primordial determinar el grado de dependencia que puedan desarrollar los ancianos a través de la aplicación de un grupo de instrumentos o escalas validadas internacionalmente, que junto al examen clínico, permiten la evaluación integral de cada esfera. Los instrumentos más empleados son el Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE), cuestionario de Pfeiffer, el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), Escala Blessed de demencia y los criterios clínicos de demencia del DSM-IV, la escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), inventario de depresión de Hamilton e inventario de depresión de Beck. entre otros; los instrumentos de evaluación empleados están influidos por las características culturales y socioeconómicas de cada país. Los más usados en nuestro medio son la escala de riesgo psicosocial, valoración de recursos sociales y la escala de la esfera familiar.

La evaluación geriátrica integral (EGI) es la máxima expresión de la aplicación del método clínico en las PM, y en ellos, es el instrumento fundamental para la medición de la salud. Se define como la valoración y detección de carácter multidisciplinario e interdisciplinario del déficit y problemas en las esferas clínica-médica, funcional, mental y social, con el fin de conseguir un plan racional, exhaustivo e integrado de tratamiento y seguimiento a corto, mediano o largo plazo, así como la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos. Es considerada la herramienta o metodología fundamental de diagnóstico en que se

basa la clínica geriátrica en todos los niveles asistenciales, define la configuración de la historia clínica del médico geriatra o de aquellos que sin serlo atienden a esta población, para lo cual deberán tener una capacitación adecuada.

La EGI surge como una necesidad ante las características del paciente geriátrico, que confluyen aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y una forma particular de presentación de las enfermedades junto a una alta prevalencia de necesidades y problemas no diagnosticados, disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional. La EGI es el método básico para medir la capacidad funcional como expresión de salud en los ancianos, es multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria porque participan profesionales de distintas disciplinas. Permite formular objetivos de trabajo para solucionarlos, y genera un plan de cuidados, con la posterior evaluación de los resultados de la intervención programada.

La EGI surge en Inglaterra, en el año 1935, por la Dra. Marjorie Warren y sus colegas Lionel Cosin y Ferguson Anderson. Posteriormente, entre los años 70 y 80, se desarrollan sus bases en los Estados Unidos, España e Italia y se confirma su utilidad. En los años 90, el interés se concentra en su empleo para la evaluación de la fragilidad de los ancianos y en el presente siglo se inicia su relación con los cuidados paliativos o continuos en este grupo poblacional.

Cuando se carece de un equipo multidisciplinario (uno de los principios básicos de la atención a los ancianos), para el enfoque de los problemas de los ancianos, prolonga la supervivencia, detecta precozmente las disfunciones y sus causas, y evalúa su magnitud que permite hacer una selección racional del tratamiento y otras intervenciones, emite pronóstico de salud y estado funcional. Lo cual es aplicable a todos los niveles de atención, médico, investigación, epidemiológico y docente.

Se ha dicho que “se envejece según se ha vivido” y esto presupone que los cambios en la esfera social cuando el individuo llega a una edad avanzada, están determinados por su conducta social previa. La posición del individuo en la sociedad se modifica en el curso de su vida y depende de factores biológicos, patrones de conducta,

personalidad, papel social desempeñado y en gran medida del sistema social y el momento histórico en que se ha desarrollado.

Todo esto debe tenerse en cuenta en las evaluaciones preoperatorias de las personas mayores, con mayor frecuencia en la consulta externa, para procedimientos quirúrgicos electivos. Los médicos en atención geriátrica quirúrgica deben estar preparados para estimar el riesgo de complicaciones preoperatorias y decidir qué tan extensa debe ser la evaluación previa. Los avances en la anestesia y en los cuidados perioperatorios contribuyen a aminorar la mortalidad quirúrgica de estos pacientes, y sobre todo, en los longevos. Con la evaluación preoperatoria se pretende optimizar el estado físico del paciente previo a la intervención e identificar con claridad los riesgos y contraindicaciones posibles para poner en marcha medidas anticipadas y profilácticas.

Después de evaluados los dominios y determinado el estado de salud del anciano se indican exámenes propios para cada una de las enfermedades, además, se aplican instrumentos para medir los riesgos para la intervención quirúrgica, ejemplo: índice de Detsky modificado de riesgo quirúrgico, índice de Lee y Goldman y predictores clínicos de riesgo quirúrgico, lo cual posibilita tomar la conducta adecuada ante cada caso.

Existen múltiples instrumentos de evaluación geriátrica que por un lado inducen a utilizarlos para medir aspectos para lo que no están diseñados y, por otro, impiden conocerlos en profundidad, con los consiguientes riesgos de su uso e interpretación. Otros problemas de los instrumentos son la escasa comparabilidad de los resultados que a través de ellos se obtienen, y la duplicidad o reiteración en las medidas. Todavía en la actualidad surgen nuevos cuestionarios. Se debe ser cuidadoso en la elección de los instrumentos de evaluación, siempre en función de la finalidad que se persigue, los destinatarios y el ámbito de su aplicación.

Los adultos mayores no tienen enfermedades propias, estas solo cambian su forma de aparición con repercusiones funcionales, psíquicas y sociales en el anciano y su entorno, parámetros que definen su estado de salud. Para medirlos se emplea la evaluación geriátrica integral. El estudio de los dominios de la evaluación con el empleo de instrumentos que cumplan

requisitos de validez, fiabilidad, factibilidad, sencillez y brevedad de aplicación, permite diagnosticar problemas de salud en todas las esferas, facilita la atención médica y mejora la calidad de vida de los ancianos.