

El

ABC

de los síndromes geriátricos 2019

Lorenza Martínez Gallardo Prieto



Editorial Alfíl

**EL ABC DE LOS SÍNDROMES
GERIÁTRICOS 2019**

El ABC de los síndromes geriátricos 2019

Lorenza Martínez Gallardo Prieto

Médico Internista y Geriatra. Especialidad en Medicina Interna y Geriátria.
Titular del Curso de Posgrado de Geriátria de la UNAM, sede Centro Médico
ABC. Profesora de Pregrado del Curso de Geriátria del Instituto Tecnológico
y de Estudios Superiores de Monterrey, sede Hospital Escuela TEC-ABC.
Miembro del Cuerpo Médico, Centro Médico ABC.



El ABC de los síndromes geriátricos 2019

Todos los derechos reservados por:
© 2019 Editorial Alfil, S. A. de C. V.
Insurgentes Centro 51-A, Col. San Rafael
06470 México, D. F.
Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57
e-mail: alfil@editalfil.com
www.editalfil.com

ISBN 968-607-741-234-2

Dirección editorial:
José Paiz Tejada

Revisión editorial:
Berenice Flores, Irene Paiz

Ilustración:
Alejandro Rentería

Diseño de portada:
Arturo Delgado

Impreso por:
Impresiones Editoriales FT, S. A. de C. V.
Calle 31 de Julio Manz. 102 Lote 1090, Col. Leyes de Reforma
09310 Ciudad de México
10 de abril de 2019

Esta obra no puede ser reproducida total o parcialmente sin autorización por escrito de los editores.

Los autores y la Editorial de esta obra han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación general de la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil estar por completo seguros de que toda la información proporcionada es totalmente adecuada en todas las circunstancias. Se aconseja al lector consultar cuidadosamente el material de instrucciones e información incluido en el inserto del empaque de cada agente o fármaco terapéutico antes de administrarlo. Es importante, en especial, cuando se utilizan medicamentos nuevos o de uso poco frecuente. La Editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Colaboradores

Dr. Everest Barrientos López

Médico Internista y Geriatra. Maestro en Administración de Hospitales. Profesor Titular de la Cátedra de Geriátría y Jefe del Departamento en la Universidad “Juárez” del Estado de Durango. Médico adscrito al Hospital de Alta Especialidad 450, SSA, Durango, Durango.

Capítulos 28, 34

Dra. Brenda Margarita Carrillo de Santiago

Especialista en Medicina Interna. Residente de la especialidad de Geriátría en el Centro Médico ABC.

Capítulo 5

Dr. Carlos D’Hyver De Las Deses

Especialista en Geriátría. Jefe del Departamento de Geriátría, Facultad de Medicina, UNAM. Miembro del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC.

Capítulos 1, 19

Dra. Nancy Delgado López

Médico Internista y Hematóloga. Maestra en Ciencias de la Salud. Médico adscrito al Servicio de Hematología, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, IMSS.

Capítulo 12

Dr. Rafael Flores Martínez

Especialidad en Medicina Interna y Geriátrica. Geriatra en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Centenario de la Revolución Mexicana” del ISSSTE.

Capítulos 3, 21

Dr. Salvador A. Fuentes Alexandro

Especialidad en Medicina Interna y Geriátrica. Miembro del Cuerpo Médico del Hospital Ángeles Puebla.

Capítulo 22

Dr. Octavio Luis González Hagen

Médico Pasante de Servicio Social, Centro Médico ABC.

Capítulo 14

Dr. Luis Felipe Hermida Galindo

Especialista en Trauma y Ortopedia de Pie y Tobillo. Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología. Jefe de la Clínica de Pie, Hospital “Germán Díaz Lombardo”. Miembro del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC.

Capítulo 35

Dr. Alejandro Herrera Landero

Médico Internista y Geriatra. Maestro en Ciencias Médicas. Jefe del Servicio de Geriátrica, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes”, IMSS.

Capítulos 11, 12, 37

Dra. Lucero Kazue Kameyama Fernández

Especialidad en Medicina Interna y Geriátrica. Geriatra en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Centenario de la Revolución Mexicana” del ISSSTE.

Capítulos 3, 21

Dr. Javier Loaiza Félix

Médico Internista y Reumatólogo. Médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Zona N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, IMSS.

Capítulo 30

Dra. Tatiana López Velarde Peña

Médico Internista y Geriatra. Miembro del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC. Médico adscrito en Residencia Techo, Educación y Ayuda, A. C.

Capítulos 25, 33

Dr. Alejandro Cumming Martínez Báez

Urología Multidisciplinaria. Urología General, Cirugía Robótica, Endourología. Miembro del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC.

Capítulos 18, 20

Dra. Lorenza Martínez Gallardo Prieto

Médico Internista y Geriatra. Especialidad en Medicina Interna y Geriatria. Titular del Curso de Posgrado de Geriatria de la UNAM, sede Centro Médico ABC. Profesora de Pregrado del Curso de Geriatria del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, sede Hospital Escuela TEC-ABC. Miembro del Cuerpo Médico, Centro Médico ABC.

Capítulos 6, 24, 29

Dr. Raúl Hernán Medina Campos

Especialista en Geriatria y Medicina Interna. Maestría en Vitalidad y Envejecimiento. Subdirector de Investigación Epidemiológica Geriátrica en el Instituto Nacional de Geriatria.

Capítulo 2

Dr. Juan Humberto Medina Chávez

Especialidad en Medicina Interna y Geriatria. Posgrado de Alta Especialidad en Medicina Integral de Sueño. Maestro en Administración de Organizaciones de Salud. Coordinador del Programa Médico GeriatrIMSS.

Capítulo 27

Dra. Ana Alejandra Mena Garza

Médico Pasante de Servicio Social, Centro Médico ABC.

Capítulo 14

Dra. Pamela Mérito Torres

Médico Internista y Geriatra. Miembro del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC, del Grupo Ángeles y del Hospital Escandón.

Capítulo 36

Dr. Francisco Javier Mesa Ríos

Especialista en Psiquiatria. Diplomado en Psicodrama, Terapia de Pareja y Terapia de Grupo. Maestro en Administración de Organizaciones de la Salud. Profesor de Posgrado en la especialidad de Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria, Psicología y Salud Mental de la UNAM. Profesor de Pregrado en la Universidad Nacional Autónoma de México. Director Médico de *Belmont Village Senior Living Mexico*.

Capítulo 26

Dr. Mauricio Moreno Aguilar

Especialista en Medicina Interna y Geriatria. Miembro del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC. Médico en el Centro de Nutrición y Obesidad del Centro Médico ABC.

Capítulo 4

Dra. Nadia Monserrat Muñoz Campos

Médico Internista. Residente de Geriatria en el Centro Médico ABC.

Capítulo 16

Dr. Christian Navarro Gerrard

Residente de Medicina Interna, Centro Médico ABC.

Capítulo 13

Dr. Joaquín Ocampo Patiño

Médico Internista. Jefe de Medicina Interna, Hospital de la Mujer, SSA. Adscripción al Servicio de Medicina Interna en el Hospital de Gineco Obstetricia “Dr. Luis Castelazo Ayala”, IMSS. Maestría de Administración de Organizaciones de Salud, Universidad La Salle.

Capítulo 9

Dra. Adriana M. Orozco Ríos

Especialidad en Medicina Interna y Geriatria. Residente del Curso de Alta Especialidad Medicina Paliativa, Hospital “Dr. Manuel Gea González”.

Capítulos 10, 15

Dr. Jonny Pacheco Pacheco

Especialidad de Medicina Interna y Geriatria. Diplomado en Tanatología. Médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Zona N° 1 “Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías”, IMSS. Geriatria en Casa de Día Vitalia, Polanco, Ciudad de México.

Capítulo 32

Dra. Irán Roldán De la O

Médico Internista y Geriatria. Profesor Titular en el Curso de Pregrado, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Miembro del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC y del Grupo Ángeles.

Capítulos 7, 31

Dr. Óscar Rosas Carrasco

Médico Internista y Geriatria. Investigador en Ciencias Médicas SNI Nivel 1, Instituto Nacional de Geriatria.

Capítulo 7

Dr. Erick Soberanes Gutiérrez

Director Médico de *Cielito Lindo Independent and Assisted Living*. San Miguel de Allende, Gto. Práctica privada, Juriquilla, Qro.

Capítulos 8, 17

Dr. Jonatan Vitar Sandoval

Especialista en Urología General. Miembro del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC.

Capítulos 18, 20

Dra. Leonor Elia Zapata Altamirano

Especialista en Geriátría y Medicina Interna. Adscrita al Hospital General de México.

Capítulo 23

Contenido

Prólogo	XV
<i>Lorenza Martínez Gallardo Prieto</i>	
1. Parte de la historia de la geriatría	1
<i>Carlos D’Hyver De Las Deses</i>	
2. Maltrato en la vejez	9
<i>Raúl Hernán Medina Campos</i>	
3. Colapso del cuidador	21
<i>Rafael Flores Martínez, Lucero Kazue Kameyama Fernández</i>	
4. Polifarmacia	33
<i>Mauricio Moreno Aguilar</i>	
5. Abatimiento funcional	41
<i>Brenda Margarita Carrillo de Santiago</i>	
6. Falla para progresar	47
<i>Lorenza Martínez Gallardo Prieto</i>	
7. Alteraciones de la marcha	53
<i>Irán Roldán De la O, Óscar Rosas Carrasco</i>	
8. Síndrome de inmovilidad	61
<i>Erick Soberanes Gutiérrez</i>	
9. Fragilidad	67
<i>Joaquín Ocampo Patiño</i>	

10. Sarcopenia	81
<i>Adriana M. Orozco Ríos</i>	
11. Malnutrición	89
<i>Alejandro Herrera Landero</i>	
12. Anemia en el adulto mayor	97
<i>Nancy Delgado López, Alejandro Herrera Landero</i>	
13. Deprivación auditiva en el adulto mayor	109
<i>Christian Navarro Gerrard</i>	
14. Deprivación visual en el adulto mayor	117
<i>Octavio Luis González Hagen, Ana Alejandra Mena Garza</i>	
15. Lesiones por presión	137
<i>Adriana M. Orozco Ríos</i>	
16. Alteraciones de la deglución	145
<i>Nadia Monserrat Muñoz Campos</i>	
17. Mareo	153
<i>Erick Soberanes Gutiérrez</i>	
18. Incontinencia urinaria en el paciente geriátrico	159
<i>Alejandro Cumming Martínez Báez, Jonatan Vitar Sandoval</i>	
19. La sexualidad del adulto mayor	169
<i>Carlos D'Hyver De Las Deses</i>	
20. Hiperplasia prostática obstructiva	177
<i>Jonatan Vitar Sandoval, Alejandro Cumming Martínez Báez</i>	
21. Estreñimiento	187
<i>Lucero Kazue Kameyama Fernández, Rafael Flores Martínez</i>	
22. Deterioro cognoscitivo leve	197
<i>Salvador A. Fuentes Alexandro</i>	
23. Enfermedad de Alzheimer	209
<i>Leonor Elia Zapata Altamirano</i>	
24. Demencia no Alzheimer	215
<i>Lorenza Martínez Gallardo Prieto</i>	
25. Delirium	225
<i>Tatiana López Velarde Peña</i>	
26. La depresión en el adulto mayor	231
<i>Francisco Javier Mesa Ríos</i>	
27. Ansiedad en el adulto mayor	245
<i>Juan Humberto Medina Chávez</i>	
28. Enfermedad de Parkinson en el adulto mayor	257
<i>Everest Barrientos López</i>	

29. Alteraciones del sueño en el adulto mayor	265
<i>Lorenza Martínez Gallardo Prieto</i>	
30. Arteritis de células gigantes y polimialgia reumática	279
<i>Javier Loaiza Félix</i>	
31. Osteoartritis	285
<i>Irán Roldán De la O</i>	
32. Osteoporosis	293
<i>Jonny Pacheco Pacheco</i>	
33. Síndrome de caídas	303
<i>Tatiana López Velarde Peña</i>	
34. Fractura de cadera en el adulto mayor	309
<i>Everest Barrientos López</i>	
35. Hallux valgus y dedos en garra/cirugía del pie en el anciano	317
<i>Luis Felipe Hermida Galindo</i>	
36. Cuidados paliativos al final de la vida	329
<i>Pamela Mérito Torres</i>	
37. Valoración preoperatoria del adulto mayor	335
<i>Alejandro Herrera Landero</i>	
Índice alfabético	347

Prólogo

Lorenza Martínez Gallardo Prieto

Con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad la población mundial envejece. Nuestro país no es una excepción. Actualmente existen más de 13 millones de mexicanos mayores de 60 años de edad; para 2050 se espera que habrá más de 32 millones. Ante la inminente necesidad de atender a una población envejecida previamente relegada, nuestras instituciones tanto públicas como privadas han abierto en los últimos años numerosas clínicas para el adulto mayor, incrementado camas en los pabellones hospitalarios y aumentando las residencias para la generación de especialistas en geriatría.

El manejo de los adultos mayores requiere un abordaje integral que nos obliga a tratar no sólo el padecimiento actual, sino todos los signos y síntomas acumulados que afectan su bienestar.

Resulta indispensable el conocimiento de los síndromes geriátricos para el adecuado manejo de las enfermedades agudas y crónico-degenerativas en los pacientes geriátricos.

Al aumentar la población mayor los médicos de todas las especialidades nos enfrentamos a la complicada interacción que se presenta entre los síndromes geriátricos y el resto de los problemas de salud.

Este libro pretende ser una introducción y guía para el manejo de los síndromes geriátricos que impactan no sólo en la calidad de vida de los pacientes, sino en la posibilidad del tratamiento de cualquier enfermedad que los aqueje.

Parte de la historia de la geriatría

Carlos D'Hyver De Las Deses

Para considerarse una especialidad la geriatría pasó por el proceso del trabajo clínico, la observación de los pacientes, separando lo que es normal durante el proceso de envejecimiento y la presencia de alteraciones fisiológicas de tipo patológico, la clasificación de fenómenos tanto internos como externos que afectan a la persona, la sistematización del estudio multidisciplinario, la integración de investigaciones que permitieron un conocimiento puntual y las diferentes formas de modificar tanto las enfermedades como la adaptación al medio.

La geriatría es la rama de la medicina que se encarga del estudio del envejecimiento, la prevención de enfermedades y alteraciones bio-psico-sociales, el diagnóstico y tratamiento de la patología, la rehabilitación de problemas físicos y psicológicos, y modificaciones sociales que influyen en la capacidad de otorgar calidad de vida a las personas de edad avanzada.

La medicina geriátrica, aun cuando incluye el manejo de patologías agudas, está dominada por la presencia de enfermedades crónicas. La mejoría en la esperanza de vida, secundaria a múltiples actividades preventivas y de diagnóstico oportuno, la disminución de la mortalidad materno-infantil, nuevas y mejores vacunas, más educación y fomento a la salud, han hecho que la esperanza de vida en salud disminuya, las personas viven más tiempo pero son portadoras de una gran cantidad de enfermedades crónico-degenerativas, las alteraciones mentales tienen una mayor prevalencia (depresión, ansiedad, deterioro cognoscitivo), los problemas socioeconómicos se incrementan. De estas necesidades emergentes inicia la geriatría.

INICIO DE LA GERIATRÍA COMO ESPECIALIDAD MÉDICA

Warren, en el Reino Unido, subrayando las necesidades de cuidado e intervención específica para el adulto mayor, abogó porque el cuidado de los ancianos se convirtiera en una especialidad médica, ya que los médicos practicantes y el personal de salud carecían de entrenamiento específico para afrontar los problemas que este grupo presentaba. Se enfocó en cuatro tipos de enfermos: pacientes crónicos no encamados, pacientes crónicos encamados, pacientes seniles, confusos, quietos no ruidosos y que no molestan a otros enfermos, y el paciente senil demente, que necesita estar segregado de otros enfermos.

A través del tiempo se han modificado parcialmente sus objetivos, y son:

- Mantenimiento y recuperación funcional del adulto mayor, con la finalidad de lograr el máximo de autonomía e independencia, facilitando su reincorporación al núcleo social y familiar.
- Manejo de los llamados síndromes geriátricos.
- Reconocimiento y conceptualización de la interacción entre las alteraciones patológicas, el estado clínico y la funcionalidad.
- Conocimiento y manejo de la farmacología para evitar daños colaterales.
- Coordinación del cuidado del paciente para obtener calidad de vida.
- Conocimiento, evaluación y coordinación de los servicios sociales y de salud con la finalidad de conseguir la reinserción social del anciano.
- Incorporación de la asistencia familiar y de cuidadores externos en la atención integral del adulto mayor, tanto en las enfermedades agudas como en las crónicas y en estados terminales.
- Organización de los cuidados prolongados y, en su caso, los transicionales.
- Contemplación del adulto mayor en la comunidad.
- Investigación que aporte los conocimientos necesarios para enfrentar los problemas de este núcleo poblacional.
- Desarrollo del capital humano, enseñando y educando a todo el personal de salud que interactúa con los adultos mayores.

HISTORIA DE LA GERIATRÍA EN MÉXICO

En México, en 1956 (del 15 al 22 de septiembre), se llevó a cabo el Primer Congreso Panamericano de Gerontología en la Facultad de Medicina de la UNAM, siendo el Dr. Manuel Payno el presidente de dicha reunión y fungiendo como representante del sector salud gubernamental. Varias décadas después, en el decenio de 1970, el Dr. Miguel Krassoievitch organizó el Primer Simposio de Psico-

geriatría, avalado por la Asociación Psiquiátrica Mexicana. En 1976 el Instituto de Seguridad Social de Servidores del Estado de México (ISSEMYM) organizó el Primer Congreso Nacional de Geriatría (del 26 al 28 de abril) en la Escuela de Medicina de la Universidad del Estado de México. El 16 de mayo de 1977 se fundó la Sociedad de Geriatría y Gerontología de México. Para 1978 la Secretaría de Educación Pública inició el Curso Técnico en Geriatría (que tomó posteriormente el nombre de Gericultura) en la Escuela Tecnológica N° 6. Iniciaron actividades grupos privados, como fueron Dignificación de la Vejez (DIVE) y Mano Amiga, Mano Anciana, gracias al apoyo de diversas personas, entre ellas Emma Godoy, Betsy Holland y la Sra. Refugio López Portillo, con quien se logró un mayor apoyo político. Al mismo tiempo en León, Guanajuato, el gobernador Lic. Euquerio Guerrero organizó la participación interinstitucional que lo llevó en 1979 a ser el director del Instituto Nacional de la Senectud, actualmente Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM), dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social, por decreto del presidente Lic. José López Portillo del 22 de agosto de 1979. Gracias a estos esfuerzos en 1980 la ONU realizó una reunión preparatoria en México para la Asamblea Mundial del Envejecimiento que se llevaría a cabo en Hamburgo en 1981. Con el apoyo del DIF se consiguió que México fuera sede del XIV Congreso Mundial de Geriatría en 1989. Debido a problemas entre los socios de la Sociedad de Geriatría y Gerontología (GEMAC), en 1984 algunos de sus miembros se deslindaron y formaron la Asociación Mexicana de Geriatría y Gerontología (AMGG).

FORMACIÓN DE GERIATRAS EN MÉXICO

Para finales de 1983 la Secretaría de Salud, el DIF y el INSEN unieron esfuerzos para crear el primer Curso de Especialidad en Geriatría, con la colaboración de los primeros mexicanos que regresaban del extranjero después de haber cursado los cursos para ser especialistas en geriatría. En ese mismo año se formó legalmente el Consejo Mexicano de Geriatría, el cual tardó varios años más en entrar en funciones, ya que fue hasta 1992 que consiguió la idoneidad por parte de la Academia Mexicana de Medicina.

En 1986 egresados de este primer Curso de Geriatría iniciaron la formación de geriatras en el hospital “Adolfo López Mateos” del ISSSTE, siendo el primer curso en la ciudad de México. Paralelamente en Monterrey, Nuevo León, se inició el Servicio de Geriatría en el Hospital Civil de la Universidad Autónoma del Estado (1988), y hasta 2002 se instaló en Guadalajara el curso de especialidad avalado por la Universidad Autónoma del Estado.

A partir de esa fecha continuaron múltiples esfuerzos por parte de médicos y autoridades en diferentes sitios de la República Mexicana; hasta 2008, por inicia-

tiva del presidente Felipe Calderón, se decretó la formación del Instituto de Geriátría, que en 2012 pasó a ser Instituto Nacional de Geriátría. La historia nos revelará su desarrollo que, como cualquiera de los institutos, tiene peculiaridades en su evolución; actualmente desarrolla investigación e imparte cursos en diferentes campos; aún le falta consolidarse y brindar atención médica.

LA GERIATRÍA Y LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

La máxima casa de estudios, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), inició en 1985 la enseñanza de la geriatría con siete horas de educación en su plan de estudios; la denominó “Clínica del Viejo”, encontrándose inmersa en Medicina General II. Posteriormente, en 1993, se incrementó a 40 horas en el plan de estudios de la carrera de médico cirujano, “Salud del Anciano”, dentro del módulo de Salud Pública III, asegurando un enfoque humanista (gerontológico) y con un abordaje clínico (geriatría) que le permitiera al alumno enfrentarse a las necesidades de salud de la población que envejecía en México. En el año 2010 se aprobó el nuevo plan de estudios de la Licenciatura de Médico Cirujano; la geriatría pasó a ser una materia independiente, obligatoria, con una duración de 280 horas, de las cuales 80 son de enseñanza teórica y 200 de práctica clínica; se lleva a cabo en el noveno semestre, dando oportunidad a aproximadamente 900 alumnos de llevar estudios del área en 42 sedes diferentes. Se pasó de las bases de una antología a la aceptación de un libro de texto como base para su estudio.

Este programa está en revisión al estar a punto de ver su primera generación salir y enfrentarse a la realidad de la atención de la población mexicana.

Por otro lado, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) inició en 1990 el Curso Postécnico en Enfermería Geriátrica, que evolucionó a ser hoy especialidad.

Los médicos empezaron a ser formados en geriatría ya como especialidad en 1994; el Consejo Técnico Universitario aprobó el plan de estudios, la primera sede del curso universitario fue el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Poco a poco se fueron sumando, primero como sub-sedes y posteriormente como sedes individuales, el hospital General de México de la Secretaría de Salud, el Hospital Español de la Beneficencia Española de México, el *ABC Medical Center*, el Hospital de PEMEX Norte y la Fundación Médica Sur; el Instituto Politécnico Nacional le dio el aval al Hospital “Adolfo López Mateos”, del ISSSTE, así como a la Clínica 28 del IMSS; esta última se asoció a la UNAM en el año 2016.

EVOLUCIÓN DE LA RESIDENCIA DE GERIATRÍA EN MÉXICO

Con el paso del tiempo se observó que sólo se habían formado unos pocos geriatras y que la necesidad de dichos especialistas era muy grande: si se toma como recomendación la de la Asociación Británica de Geriatría de un geriatra por cada 50 000 habitantes, o de un geriatra por cada 2 000 adultos mayores que recomienda la Asociación Americana de Geriatría, México está muy por debajo de las necesidades.

Debido al escaso número de plazas para cursar la especialidad, y que no todas ellas eran ocupadas, se estudió el porqué, siendo una de las razones el tiempo que llevaba formarse en geriatría: seis años después de seis de medicina general, un total de 12 años. Se modificó el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM 2007) acortando los prerrequisitos a tres años de medicina interna, por lo que la especialidad quedó en cinco años totales, con la desventaja de que sus egresados no tenían el grado de especialista en medicina interna.

El IMSS, frente al reto de formar a sus propios médicos especialistas y conforme al plan GERIATRIMSS, inició la formación de especialistas con un plan primario de cuatro años, aunque posteriormente acordó llevarlo a cinco años para poder ser avalados sus egresados por la UNAM. Por otro lado, ante el gasto que representa la formación de especialidades, la Secretaría de Salud anunció una reducción del tiempo que mantendría las becas, reduciendo a sólo cuatro años esta posibilidad. Ante esta situación se realizaron los ajustes al programa de posgrado en la Facultad de Medicina de la UNAM, por lo que el Subcomité de la especialidad de Geriatría acordó en enero de 2010 que fuera ofrecida la especialidad de geriatría de entrada directa a los médicos que aspiraran a realizar especialidades y presentaran el Examen Nacional de Residencias Médicas; se concretó el plan de estudios para que la especialidad tuviera una duración de cuatro años, y en diciembre de 2013 el proyecto apareció en el PUEM 2014, el cual plasmaba el nuevo programa de estudios con validez del Consejo Técnico Universitario. Con estos cambios el IMSS decidió unirse a la Facultad de Medicina, y con el aval del Subcomité Académico de Geriatría se ha dado el aval a tres sedes universitarias más: la Clínica 78, el Hospital General del Centro Médico “La Raza” y el Hospital de Metepec, Estado de México. Aún están por verse los resultados completos de estos cambios; la capacidad y la habilidad de sus egresados deberán dar la pauta para continuar con esta modalidad y favorecer que el número de geriatras se incremente poco a poco.

Aun sumando los que egresan del interior de la República (Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Autónoma del Estado de Nuevo León e Instituto de Estudios Superiores de Monterrey, Universidad Autónoma del Estado de San Luis Potosí, Universidad Autónoma de Aguascalientes y Universidad Autónoma del Estado de Guanajuato), en 2013

el Consejo Mexicano de Geriátrica había certificado a sólo 450 médicos como geriatras, y por desgracia no todos están recertificados. La cifra, de acuerdo a la página del mismo Consejo, señala que para 2017 sólo había 401 médicos con certificación vigente.

LA GERIATRÍA EN EL CENTRO MÉDICO ABC

En el *ABC Medical Center* inició la especialidad de geriatría en 2001, aceptándose dos plazas por año, con el prerrequisito de contar con la especialidad de medicina interna; hasta el año 2012 el programa continuó con las mismas características, consolidándose como una de las mejores sedes de la Facultad de Medicina en su subdivisión de posgrado. Para el año 2013 se anunció por parte de las autoridades del hospital que el número de residentes se disminuía a una sola plaza por año, por cuestiones económicas, siendo geriatría una de las especialidades que sufrieron recortes; el profesor a cargo se retira y así se inicia una nueva era de la geriatría en el *ABC Medical Center* con una nueva geriatra a cargo del curso de posgrado. Ahora se tendrá el reto de la formación de especialistas de entrada directa.

Los alumnos que se han tenido han venido de muchos lugares de la República Mexicana, y ahora cuenta México con médicos formados en esta institución en diferentes estados (Sonora, Tamaulipas, Michoacán, Querétaro, Puebla, Estado de México, Morelos y la misma Ciudad de México). El reto de esta gran institución es continuar apoyando la formación de alta especialidad.

Se podría mencionar a todas y cada una de las personas que han participado, pero convencidos de que el logro de las instituciones rebasa por mucho lo que sus miembros realizan, sólo se han mencionado algunos hechos y seguramente se han omitido algunos, no por dolo sino por olvido.

¿QUÉ HAY DE NUEVO?

La geriatría cobra interés en la sociedad médica y las sedes hospitalarias; las universidades que dan el aval para sus estudiantes de especialidad se encuentran inquietas, las preguntas que se realizan son:

¿El curso de cuatro años de especialidad directa es el adecuado?, ¿debemos regresar al curso de seis años, entrada indirecta: medicina interna cuatro años y geriatría dos años?, ¿la geriatría debe ser una especialidad de segundo o tercer nivel?, ¿los médicos que realizan la especialidad tienen más camino que recorrer?

En 2017 presentaron examen del Consejo Mexicano de Geriatría los alumnos que egresaron de las diferentes universidades y programas; el análisis de los resultados obtenidos nos podrá orientar al conocimiento de si al final (mismo examen de conocimientos, tanto práctico como teórico) el saber es el mismo o si existen grandes diferencias; estos datos permitirán a los diferentes comités académicos tomar la decisión de cuál es el programa más adecuado.

La geriatría es una especialidad, y como tal correspondería a un segundo nivel de atención médica; debe llegar a obtener su lugar como la han obtenido la pediatría, la cirugía, la ginecología y la medicina interna; tener un lugar dentro de los hospitales de tercer nivel para que se pueda coordinar la atención de las personas adultas mayores y, sobre todo, planear su vida una vez dado de alta el paciente; facilitar la colaboración de servicios sociales a domicilio o comunitarios, mejorar la relación y la interrelación familiar, entre otros.

Los geriatras tienen la posibilidad de realizar cursos de posgrado de alta especialidad que les permitan acrecentar sus conocimientos en un área determinada, como puede ser cardiología geriátrica, neurología geriátrica, psicogeriatría, etc. Asimismo, pueden realizar maestrías (maestría en salud pública, en ciencias, etc.) que den oportunidad a los interesados en la investigación de adentrarse en estas áreas del conocimiento.

La atención de la persona adulta mayor representa un reto, y para los actuales administradores de la salud aún más, si bien es necesario atender a la población general, los adultos mayores consumen más medicamentos y requieren de mayor cuidado; la población actual vive más tiempo, pero con enfermedades crónico-degenerativas y sus secuelas, por lo que utilizan porcentualmente más los servicios de salud. Las siguientes generaciones de mexicanos son aún más complicadas, debutaron con enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial a edades más tempranas, la obesidad cobrará un alto precio, y sus secuelas en cuanto a problemas musculoesqueléticos se sumaran a las complicaciones que presentarán en algunos años; el síndrome de fragilidad lo veremos aparecer a temprana edad.

Podemos sumar una gran cantidad de problemas a nivel biofísico, pero habrá que sumar los problemas socioeconómicos derivados de políticas de jubilación y pensión, con montos económicos reducidos, mal soporte o red social y con la probable presentación secundariamente de problemas psicológicos.

Vivir y formar parte de la historia de la geriatría ha sido y seguirá siendo un placer, una alegría y un reto permanentes.

Maltrato en la vejez

Raúl Hernán Medina Campos

INTRODUCCIÓN

El maltrato a las personas mayores es un problema global de reconocimiento relativamente reciente. En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud lanzó la Declaración de Toronto sobre la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores, llamando a la comunidad internacional para tomar conciencia y actuar sobre el problema. En diciembre de 2011 la Asamblea General de las Naciones Unidas designó el 15 de junio como el Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez.

La magnitud y las características del maltrato en la vejez aún son insuficientemente conocidas, por lo que los mecanismos de prevención, identificación de casos y respuesta son deficientes. El personal de salud tiene con frecuencia oportunidad de detectar e intervenir en estos casos, por lo que el conocimiento sobre el tema resulta de especial relevancia para cualquiera que trate con personas mayores, especialmente el personal médico de atención primaria.

DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al maltrato en la vejez como “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación

basada en la confianza”. Esta definición es lo suficientemente precisa, y al mismo tiempo permite incluir una diversidad de actos y omisiones que dañan a la persona mayor en su integridad física, en el ámbito emocional, en su patrimonio o en su dignidad.

Es importante enfatizar en ciertos puntos de la definición de la OMS. En primer lugar, el maltrato se concibe tanto en términos de acciones que causan daño como en términos de omisiones que permiten que dicho daño ocurra, es decir, la falta de acción para evitar el daño en cuestión también constituye maltrato. Por otro lado, el acto u omisión pueden ocurrir una sola vez o de manera repetida, pero igualmente se conciben como maltrato en términos de las consecuencias sufridas por la víctima. Por último, el contexto de una relación de confianza es importante de resaltar, puesto que con frecuencia el maltrato es perpetrado por el cónyuge, la pareja sentimental, un familiar, cuidador u otra persona cercana en quien la víctima confía.

En la literatura sobre el tema pueden encontrarse distintos términos que pueden causar confusión, como maltrato, abuso, negligencia, abandono y explotación. En parte esta mezcla de términos se debe a estilos de traducción y en parte a un mal uso de los mismos. Si bien las traducciones literales de *abuse* y *mistreatment* son, respectivamente, abuso y maltrato, la OMS utiliza el término *abuse* en publicaciones en inglés y maltrato en publicaciones en español. Así, en español es preferible utilizar maltrato como un término genérico bajo el cual pueden agruparse distintas variantes. El término “abuso” suele referirse a las acciones deliberadas que provocan daño o sufrimiento a la persona mayor, mientras negligencia se refiere a las omisiones deliberadas o involuntarias que resultan igualmente en daño o sufrimiento. Cuando un cuidador de una persona dependiente deja de procurar los cuidados que ésta requiere se constituye una variante de negligencia denominada abandono. La explotación es una variante de abuso en la que se toma ventaja de la persona mayor para sustraer o hacer uso de sus bienes o riquezas, aunque en estos casos es preferible el término maltrato financiero o patrimonial.

CLASIFICACIÓN

De acuerdo al tipo de daño que sufre la persona mayor maltratada, se reconocen distintos tipos de maltrato: físico, sexual, emocional o psíquico, patrimonial y negligencia. Estos tipos de maltrato se definen en el cuadro 2-1.

EPIDEMIOLOGÍA

Aunque el maltrato a personas mayores se reconoce como un problema de importancia global, su prevalencia es variable dependiendo de la definición utilizada,

Cuadro 2-1. Clasificación de los tipos de maltrato en la vejez

Tipo de maltrato	Características	Ejemplos	Sinónimos
Físico	Infligir dolor o lesiones	Golpes, quemaduras, rasguños, empujones	Abuso físico
	Coerción física	Sujetar del brazo para obligar a una persona a sentarse, forzar la ingestión de alimentos	
	Restricción física o química	Usar sujeciones para mantener a un paciente inmóvil en cama, sedar sin indicación médica	
Sexual	Contacto sexual de cualquier índole que ocurre sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea que ésta no desee o no pueda consentir	Tocamientos o frotamientos no consentidos, o coito con una persona con demencia severa	Abuso sexual
Psicológico o emocional	Infligir dolor emocional, miedo o angustia, o cualquier conducta que dañe la autoestima o el bienestar emocional	Burlarse, humillar, culpabilizar, amenazar, hacer comentarios despreciativos, poner apodos, impedir que la persona mayor tenga contacto con sus seres queridos	Abuso psicológico o emocional
Patrimonial	Uso ilegal o indebido del dinero, las propiedades o los bienes de una persona mayor sin su consentimiento	Utilizar la pensión de una persona mayor para beneficiar a otras personas, obligar a heredar una propiedad en contra de su voluntad	Explotación
Negligencia	Omisión en la procuración de cuidados o en la satisfacción de necesidades básicas	No procurar los cuidados que una persona no puede procurarse a sí misma (por ejemplo, alimentación, vestido, residencia, cuidados médicos)	Abandono

del tipo de maltrato investigado y del contexto en el que ocurre. El marco legal, el estigma social y el miedo a las represalias obstaculizan el reporte de los casos, y por lo tanto es muy probable que la magnitud del maltrato esté subestimada por instancias oficiales. Algunas estimaciones en EUA indican que apenas uno de cada cinco casos de maltrato es registrado por las autoridades correspondientes. Con frecuencia el maltrato es perpetrado por un cónyuge, hijo, otro familiar, persona cercana o cuidador de la persona mayor, lo cual dificulta que la víctima reporte el incidente.

Un metaanálisis de reciente publicación combinó 52 estudios de prevalencia de maltrato realizados en 59 203 personas de 60 años de edad o más en 28 países distintos. La prevalencia global de maltrato de cualquier tipo fue de 15.7%. Con los estimados de población mundial de 2015, esto significa que cada año un total

Cuadro 2-2. Prevalencia del maltrato en la vejez en el mundo y en México

Tipo de maltrato	Prevalencia global (%)	Prevalencia en México (%)
Todos	15.7	32.1
Físico	2.6	7.0
Sexual	0.9	2.5
Psicológico	11.6	28.1
Financiero	6.8	11.9
Negligencia	4.2	No disponible

de 901 millones de personas mayores sufren algún tipo de maltrato en el mundo. Se observó una variación regional en la prevalencia, siendo en Asia de 20.2%, en Europa de 15.4% y en las Américas de 11.7%. La prevalencia por tipo de maltrato se muestra en el cuadro 2-2. No se encontró diferencia significativa de prevalencia de maltrato entre el sexo masculino y el femenino. En general, la prevalencia de maltrato fue menor en los países de altos ingresos en comparación con los países de medios y bajos ingresos.

En México un estudio realizado con datos de la Encuesta Nacional de Percepción de la Discapacidad 2010 reportó una prevalencia de 32.1%, poco más del doble del promedio global. La prevalencia de todos los tipos de maltrato también fue mayor en México, siendo el maltrato psicológico el más frecuente, como puede verse en el cuadro 2-2. Las razones para esta mayor prevalencia en México no están claras, aunque parece haber relación con el menor ingreso económico. Sorprendentemente, 4 de cada 10 personas mayores víctimas de maltrato en México sufren dos o más tipos de maltrato simultáneamente.

MARCO CONCEPTUAL

No existe una explicación única de la génesis del maltrato en la vejez. El modelo socioecológico ofrece una visión integradora para entender el fenómeno. Este modelo se centra en las características de las personas mayores que las pueden hacer susceptibles de sufrir maltrato dentro de cuatro sistemas concéntricos conectados entre sí. El microsistema incluye a la persona mayor y al perpetrador, con sus características individuales. El mesosistema incluye a los vínculos cercanos, como familiares, amigos y vecinos. El exosistema comprende el contexto en que ocurren estas relaciones, por ejemplo, la comunidad o una institución de cuidados prolongados. El macrosistema se relaciona con la cultura, y abarca los valores, las normas y los patrones institucionales. En cada uno de estos sistemas se reconocen factores que permiten o previenen la ocurrencia del maltrato.

Es necesario además entender que en la génesis del maltrato se incorporan la historia de vida tanto de la persona mayor como de las personas con quienes se relaciona, lo mismo que influyen los eventos históricos sociales, generacionales y familiares. Las historias individuales y familiares influyen profundamente en la manera en que las personas dan significados y dirección a sus propias vidas. Por ejemplo, los niños maltratados tienen mayor probabilidad de convertirse a su vez en padres maltratadores. Sin embargo, la transmisión intergeneracional del maltrato en la vejez (es decir, que las personas mayores maltratadas por sus hijos hayan sido a su vez maltratadores de sus hijos cuando eran pequeños) no se ha demostrada con claridad.

Tradicionalmente solía considerarse a la sobrecarga del cuidador como uno de los principales factores causales del maltrato. Sin embargo, la mayor parte de los cuidadores sobrecargados no son maltratadores, por lo que esta tesis se ha desacreditado. De cualquier manera, es importante subrayar que el maltrato sí puede ocurrir en el contexto de sobrecarga del cuidador, en donde generalmente es de tipo emocional, físico o negligencia.

Los modelos de organización social (la manera como la gente se relaciona, coopera y apoya dentro de un grupo social) proveen información relativa a los niveles de exosistema y macrosistema. Las normas, los controles sociales que regulan el comportamiento y las redes comunitarias, tanto formales como informales, influyen fuertemente en las formas de interacción que se producen en una sociedad, incluyendo el maltrato. Así, el contexto social puede ser permisivo o inhibitorio del maltrato, y también influye en la manera como la persona mayor lo experimenta, la probabilidad de obtener ayuda y la forma en la que la sociedad responde ante el problema.

El sexo es frecuentemente identificado como un determinante en la producción del maltrato. Las mujeres son más propensas a sufrir maltrato a lo largo de su vida, particularmente de los tipos físico y sexual. El papel de desventaja de la mujer en una sociedad parece desprenderse del marco cultural en el que el sexo se cruza con otros factores como el nivel socioeconómico, la edad y la etnicidad. No obstante, es probable que el sexo juegue un papel menos determinante en la génesis del maltrato en la vejez que en etapas previas de la vida, pues tanto mujeres como hombres parecen ser igualmente susceptibles de sufrir maltrato en edades avanzadas.

FACTORES DE RIESGO

Existen factores de riesgo bien identificados para maltrato en la vejez. Algunos de ellos son inherentes a las víctimas, mientras que otros pertenecen a los perpe-