

## Ayer y mañana de la Geriatria

J. Rico

**L**a Geriatria nace como ciencia a primeros del siglo XX con METSCHNIKOFF, que escribe su tratado sobre «La naturaleza de la humanidad. Una filosofia optimista de la vida», en la que se prevé la prolongación de la vida (1).

Poco después se define la Geriatria como «el estudio de las enfermedades de los viejos», se inician tímidamente (hacia 1939-40) las primeras aplicaciones prácticas a los enfermos y se crean las sociedades de Geriatria en distintos países, entre ellos España. El primer presidente de la Sociedad Española de Geriatria es el Prof. D. Manuel Beltrán Báguena. En 1950 se crea la Sociedad Internacional de Geriatria, en la que España está representada.

Así las cosas, los libros de Medicina permanecen en silencio. Los grandes tratados de Medicina a nuestro alcance no dan señales de vida sobre el tema hasta 1980. En lo sucesivo ya se sistematizan unos capítulos dedicados a la Geriatria.

Y mientras tanto, la población sigue creciendo. En los periódicos comienzan a aparecer noticias sobre el crecimiento de la población (2). En las revistas profesionales comienzan a darse datos sobre la magnitud del problema. Y en nuestros hospitales, la Medicina Interna (¡cómo no!) comienza a sufrir la avalancha de enfermos mayores, con todas las consecuencias.

Así, se pasa de las actuaciones clásicas ante el enfermo a la aparición de los índices económicos y de las matemáticas hospitalarias en las que empieza a evaluarse la repercusión de todo esto sobre el hospital (3).

Pero las razones para dar importancia a la Geriatria no son sólo hospitalarias. Son de todo tipo: económicas, científicas, políticas, sociales, jurídicas, humanas (4).

¿Qué sabemos científicamente sobre el envejecimiento? (Tabla I).

Sabemos que envejecer no es necesariamente enfermar, pero que la edad hace al sujeto más lábil. Y luego viene el gran problema humano: ¿quién cuida del anciano? (5).

Porque la familia ha cambiado; hemos pasado de la familia multiparental a la familia bi- o uniparental. Nadie se queda en la casa durante el día. Solución: en los países más civilizados, del primer mundo, un 60 por 100 de personas mayores viven solas. Con todos sus riesgos. Ya que un 10 por 100 de ellos son encontrados después exánimes o muertos en sus domicilios solitarios (6). Este es un tremendo problema al que yo me resisto a acostumbrarme.

Y a nivel hospitalario hemos pasado de unos pacientes con edades medias de 40 años a otro tipo de pacientes cuya edad media está en los 75 años. Y los ancianos de 90 años no son infrecuentes (Tabla II). Y los cente-

**Tabla I. Teorías sobre el envejecimiento**  
(Resumido de RIBERA CASADO, JM., en 1)

- Ninguna población celular animal es inmortal (HAIPLICK, 1961).
- Teoría de los radicales libres (HARMAN, 1956).
- Mutaciones en el DNA, mutación celular y muerte.
- Teoría inmunológica (cambios en los CD4/CD8, producción de autoanticuerpos, etc).
- Acumulación de productos de desecho.
- Programación genética (apoptosis).

**Tabla II. Pacientes de 90 a 99 años. Estudio en 200 sujetos**  
(Datos recogidos entre 2000 a 2002). (RODRÍGUEZ CUARTERO, A. Pendiente de publicación)

- Sexo: 130 mujeres. 70 varones.
- Patologías fundamentales:
  - insuf. cardíaca congestiva, EPOC, ACV.
- Otros hallazgos clínicos:
  - anemias carenciales en el 90%
  - hiponatremia en el 50%
  - hipocolesterolemia en el 70%
  - demencia en el 30%
  - hipoalbuminemia en el 90%
- Soledad, desamparo, «insuficiencia social», en el 75%.
- Mortalidad durante su estancia hospitalaria: 65%.

narios se ven ahora con cierta frecuencia (7) (Tabla III).

**Tabla III. Pacientes Centenarios. Hospital Gral. de Lugo**  
(Datos entre 1992 a 1999). (RABUÑAL REY y cols. 7)

N.º total: 41 (varones 21, mujeres 20)	
Patologías encontradas:	
- síndrome prostático	57%
- insuf. cardíaca	26%
- EPOC	24%
- demencia	20%
Estancia media hospitalaria: 12 días.	
Mortalidad: 21%	
Origen del enfermo:	
- medio rural	70%
- medio urbano	30%

Por eso es muy gráfica la pregunta que, una vez más, se hace RIBERA CASADO: «Ancianos nonagenarios. Del nihilismo terapéutico a ¿qué hacemos con ellos?» (8).

Toda esta situación nos ha cogido desprevenidos. La sociedad no está preparada para un presente que está llamando a nuestras puertas a golpetazos. Y, por supuesto, a un futuro que está ya ahí.

Ya sabemos que no sabemos mucho o casi nada respecto a la ancianidad. Y menos sobre la muerte. Hay también experiencias que la todopoderosa Medicina de hoy ha recogido y que se pueden interpretar como se quieran (ÁRBOL LINDE et al) (9).

La llamada de atención que ya hacía el Defensor del Pueblo Andaluz en 1999 está más que certera. Vale la pena la reproducción de parte de ella:

«No es que en un futuro sean necesarios nuevos recursos; es que hoy son manifiestamente insuficientes. En el 2010 el 18% de la población andaluza será mayor de 65 años. Y cada año crece en 40.000 personas mayores, con sus necesidades sanitarias, asistenciales, sociales, culturales. Vamos a una sociedad de mayores y no se prevé anticipación en la disponibilidad de recursos» (10).

Pero aún no hay respuesta. Por eso yo hablaba del ayer y del mañana. Porque el hoy no ha respondido a la llamada por quien corresponde (11).

Sin querer, uno recuerda que al finar hemos de morir. Se afirma que en unos años la esperanza de vida puede alargarse más y que incluso no será infrecuente llegar a los 120 años. Pero el hombre, cada hombre, más pronto o más tarde morirá.

Pero... ¿en dónde? ¿En el hospital? ¿En la residencia? ¿En la soledad?

No hay más remedio que recordar aquellas palabras de R.M. RILKE, citadas por ROF CARBALLO (12), en las que este poeta deseaba, como tantos, morir con sentido:

«¡Oh, Dios, concede a cada uno su muerte personal

el morir que emana de toda vida:  
para que ésta tenga así, amor, sentido  
y aflicción,  
en el seno del hogar!» (12).

Ese hogar que hoy estamos destruyendo. Y que sin embargo se reclama una y otra vez en las encuestas que se realizan a ancianos hospitalizados o atendidos en clínicas ambulatorias (13).

#### En resumen

– Hay que multiplicar los esfuerzos para crear una nueva sociedad en la que los ancianos (que serán un 30% de ella) tengan su espacio.

– Los médicos debemos estudiar una serie de nuevas patologías que no conocíamos en nuestros estudios de juventud.

– Y, en definitiva, hay que preparar una serie de estructuras que permitan vivir en bienestar mientras Dios quiera a una tercera parte de personas que han vivido, han dejado su esfuerzo en la vida y ya no son económica ni sentimentalmente importantes (14). ◀

José Rico Irles, *Catedrático de Medicina Interna. Facultad de Medicina de Granada.*

---

#### Referencias bibliográficas

---

1. RIBERA CASADO, JM.: «Geriatría: conceptos y generalidades». En Farreras-Rozman: *Medicina Interna*. Vol. I, pág. 1.481-92. 2000.
2. ABC 7-4-1998.
3. RICO IRLES, J. et al.: «Qué tipo de enfermos se ven hoy en Medicina Interna». XII Reunión SADEMI. Cádiz, 2-4 novbre. 1995. *Anales Med. Interna*, n.º extra novbre. 1995.
4. Edit.: «Geriatrics and the limits of the modern Medicine». *N. Engl. J. Med.*, 1999, 340, 1.283-85.
5. RIBERA CASADO, JM.: «Insuficiencia social: ¿un problema médico?». *An. Med. Interna*, 1999, 16, 439.
6. CURLEY, RJ. et al.: «Persons found in their homes helpless or died». *N.E.J. Med.*, 1996, 334, 1710.
7. RABUÑAL REY, R. et al.: «Pacientes centenarios atendidos en un hospital general». *Rev. Clín. Esp.* 2002, vol. 202, n.º 6, 326-328.
8. RIBERA CASADO, JM.: «Nonagenarios: del nihilismo terapéutico al ¿qué hacemos con ellos?». *Med. Clín.*, 2000, 115, 695-6.
9. ÁRBOL LINDE, F. et al.: «Experiencias cercanas a la muerte en supervivientes de una parada cardíaca». *Invest. Clínica*, 2002, vol. 5, n.º 4, 358-9.
10. Intervención de José Chamizo, Defensor del Pueblo Andaluz ante el parlamento (27-10-99).
11. RICO IRLES, J.: «Geriatría y sociedad». *Invest. Clín.*, 2001, vol. 4, n.º 1, 77-86.
12. ROF CARBALLO, J.: «Tanatos». Ciba Symposium. 1964, tomo 12, n.º 2, págs. 79-86.
13. VIG, EK.; DAVENPORT, NA., PEARLMAN, RA.: «Good deaths, bad deaths an preferences for the end of life: a cualitative study of geriatric outpatients». *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2002, 50, 9, 1.541-8.
14. RICO IRLES, J.: «Medicina Interna y siglo XX en España». *Invest. Clínica*, 2001, 4, 77-86.