

Conclusiones de la sesión de trabajo de la Fundación Academia Europea de Yuste sobre la necesidad de educación geriátrica en Europa

Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.

Ha tenido lugar en Yuste la II Reunión del «European Academy of Yuste worky party for Geriatric Education» con asistencia de representantes de países europeos, hispanoamericanos, Canadá y Estados Unidos. La reunión ha sido patrocinada por la Fundación Academia Europea de Yuste y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Se han actualizado los contenidos y habilidades que debe alcanzar la enseñanza de Geriátrica en pregrado, postgrado y formación continuada ya, que es opinión de la Academia y de los participantes, que el envejecimiento de las poblaciones es un fenómeno emergente con gran repercusión social. Por ello, es necesario entender este reto, y la mejor forma de abordarlo es su comprensión en todos los ámbitos para los que la educación es el primer y principal eslabón. Se recogen en el documento los conocimientos mínimos que deben alcanzar los médicos en los tres ámbitos de educación mencionados.

INTRODUCCIÓN

A medida en que la población mundial envejezca, los médicos tendrán que atender cada vez más a individuos de mayor edad, como pacientes, familiares de éstos y/o cuidadores.

Los médicos tienen varios papeles claramente diferenciados, entre los que se incluirían los de curador, educador, defensor, investigador y modelo a imitar. Dado que el aprendizaje es un proceso activo y los individuos tienen estilos de aprendizaje diferentes, las técnicas educativas deben abarcar esta pluralidad de modelos pedagógicos. Asimismo, los consumidores del futuro, entre los que incluimos a pacientes, familiares y profesionales de la atención sanitaria, estarán cada vez más informados y tendrán una cada vez mayor capacidad de decisión. Dado que las enfermedades y las incapacidades de los mayores pueden deberse a una multiplicidad de causas, los factores determinantes de la salud, entre los que incluimos el medio ambiente, la nutrición, el estilo de vida, la genética y la incidencia de la enfermedad durante el período vital, han de ser tenidos en cuenta. Los médicos del futuro precisarán de los conocimientos, las destrezas

y las actitudes necesarias para tratar a los pacientes en todos los entornos, y entre ellos, el de la comunidad en la que están insertos.

LA EDUCACIÓN GERIÁTRICA EN EL PREGRADO

La formación en Geriátrica debe constituir una parte integral del currículum académico del estudiante de medicina y debe impartirse en las materias preclínicas y durante todo el período de formación clínica universitaria. Cada facultad de medicina tiene la responsabilidad de garantizar la existencia de un departamento académico y de una cátedra de Geriátrica, con los recursos educativos adecuados (p. ej., personal, material, financiación). Bajo el liderazgo de la cátedra de Geriátrica, cada facultad de medicina se asegurará de que se implementan las competencias y requisitos establecidos. Estas competencias y objetivos se conceptualizan en tres dominios: conocimiento (dominio cognitivo), destrezas (dominio psicomotor) y actitudes (dominio afectivo).

Objetivos/competencias en la licenciatura

El estudiante:

1. Demostrará una comprensión de la biología del envejecimiento, correlacionada con las manifestaciones clínicas de las enfermedades de los mayores.
2. Demostrará suficientes conocimientos de la demografía, sociología y psicología del envejecimiento, y su aplicación en el contexto clínico.
3. Demostrará suficientes conocimientos sobre la fisiología del envejecimiento, para así comprender conceptos tales como el descondicionamiento, la debilidad, la deshidratación y la pérdida de reserva funcional.
4. Demostrará suficientes conocimientos de farmacología (farmacocinética y farmacodinámica), para así comprender los principios de prescripción para los mayores, prestando especial atención a sus efectos adversos, a las interacciones y a la prescripción inapropiada e inadecuada.

5. Comprenderá la relación compleja existente entre procesos patológicos, mermas, minusvalías e incapacidades, y será capaz de evaluar las consecuencias y la adecuación del entorno.

6. Debido a que la manifestación de la enfermedad en los mayores es frecuentemente atípica, manifestada por deterioro funcional e influida por factores sociales, a menudo se impone un enfoque interdisciplinario: el estudiante deberá demostrar una buena comprensión de la dinámica de equipo, apreciar las contribuciones de cada miembro y participar dentro del equipo como el miembro médico que es.

7. Demostrará competencia en:

— La obtención de información precisa (p. ej., historial médico, antecedentes), tanto a partir de los propios pacientes como de otros interlocutores relevantes.

— La comunicación con pacientes con déficit sensoriales y cognitivos.

— La puesta en práctica de una evaluación detallada que incluya los aspectos funcionales, esto es, las actividades de la vida diaria (AVD), las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), visión, audición, nutrición, salud bucal, movilidad (incluyendo la podología), cognición, estado de ánimo y apoyos sociales.

— La elaboración de un listado de problemas y un plan de tratamiento, estableciendo prioridades y enfatizando el fomento de la funcionalidad, la independencia y la calidad de vida.

8. Demostrará un enfoque adecuado de los síndromes y las enfermedades más comunes entre los mayores, incluyendo los siguientes pero sin limitarse a ellos:

— Problemas de movilidad, inestabilidad y caídas.

— Síndromes habituales de salud mental (p. ej., demencia, delirio, depresión).

— Incontinencia (urinaria y fecal).

— Enfermedades cardiovasculares (p. ej., hipertensión, insuficiencia cardíaca, infarto).

— Enfermedades metabólicas (p. ej., diabetes, osteoporosis, trastornos tiroideos, desequilibrios de agua y electrolitos).

— Úlceras por presión y otros problemas cutáneos.

— Descondicionamiento y debilidad.

— Manejo del dolor.

9. Aplicará los principios de gestión de la enfermedad compleja en la tercera edad en actividades tales como la rehabilitación, la asistencia médica y los cuidados paliativos y del final de la vida.

10. Comprenderá los principios de la prevención primaria, secundaria y terciaria y los incorporará en su atención a los individuos mayores.

11. Comprenderá el significado de estos principios (9 y 10) en la atención médica a pacientes con enfermedad aguda, a medio y largo plazo, además de en el contexto comunitario.

12. Reconocerá el abuso y el maltrato, incluyendo el hipotratamiento y el hipertratamiento, la ubicación del mayor en un ámbito asistencial inadecuado y el abandono.

13. Demostrará su comprensión de la ética médica en su aplicación al comportamiento personal y a la gestión de la enfermedad en todas las fases del envejecimiento.

Implementación

Se recomienda que estos objetivos se logren en un mínimo de 2 créditos (50 h).

LA EDUCACIÓN GERIÁTRICA EN EL POSGRADO

La Geriátría o Medicina Geriátrica es, en la actualidad, una especialidad reconocida por la Unión Europea. Somos conscientes de que cada país tiene un sistema de atención sanitaria diferente y la formación debe proporcionarse desde dentro de cada servicio nacional.

Apoyamos el documento «Training in Geriatric Medicine in the European Union» (Formación en Medicina Geriátrica en la Unión Europea), emitido por la Sección de Medicina Geriátrica del European Union of Medical Specialists (EUMS) en 2001 como el documento oficial para formación de posgrado en Geriátrica.

Sin embargo, hay varias cuestiones que precisan una respuesta.

En primer lugar, el nombre de la especialidad: Geriátrica o Medicina Geriátrica. Ambos términos son empleados en distintos países, pero es preciso aceptar que los dos describen la misma especialidad.

En segundo lugar, el documento citado sugiere que debe haber un tronco común de 2 años de duración en medicina interna general antes de comenzar un período de 4 años de formación especializada. Se está de acuerdo en que debe haber 4 años de formación especializada, pero la formación adquirida en los 2 años de tronco común puede ser adquirida mediante vías alternativas, en función de los recursos disponibles en cada caso.

En tercer lugar, cada centro de formación debe estar acreditado y capacitado para proporcionar dicha formación. El centro puede ser un hospital docente u otra instalación.

LA FORMACIÓN CONTINUADA EN GERIATRÍA

La justificación de la formación continuada en Geriátría se basa en:

— El crecimiento exponencial de la población de mayores y, en especial, de los muy mayores.

— La necesidad de actualizar los conocimientos de los últimos avances científicos y la investigación en torno al envejecimiento.

— La necesidad de mejorar las destrezas, las competencias y el desempeño profesional.

— La necesidad de formación continuada de especialistas en Geriátría, médicos generalistas (especialmente en áreas rurales), otros especialistas médicos y quirúrgicos y todos los demás especialistas relacionados con los mayores.

La formación continuada en Geriátría debe seguir un enfoque interdisciplinario y multicultural, y cubrir las siguientes áreas:

— Promoción de la salud y de la prevención.

— Diagnóstico clínico y tratamiento en diferentes entornos de atención médica (esto es, hospitales, consultas, atención domiciliaria, residencias, hogares para ancianos, etc.) y cuidados en los desplazamientos entre las diversas ubicaciones.

— Síndromes geriátricos.

— Asuntos psicosociales.

— Rehabilitación.

— Aspectos de índole ética y jurídica.

— Atención al final de la vida y cuidados paliativos.

— La investigación aplicada más reciente, incluyendo los avances en el campo farmacéutico.

— Gestión clínica y asuntos financieros.

— Docencia, tutelaje y habilidades comunicativas con los mayores.

— Asuntos relacionados con el cambio de entorno, incluyendo la atención primaria.

La metodología pedagógica geriátrica en formación continuada puede incluir:

— Aprendizaje interactivo: estudio de casos, seminarios y sesiones clínicas.

— El empleo de las nuevas tecnologías: *elearning*, videoconferencias y otros formatos multimedia.

— Formación tradicional: bibliografía actualizada, estudio y evaluación individual, congresos y cursos, conferencias por parte de expertos en la materia.

La certificación en Geriátría debe suponer:

— El desarrollo de un sistema uniforme de certificación y recertificación en formación continuada.

— Supervisión conjunta por parte de agencias sanitarias gubernamentales, universidades, grupos profesionales médicos y asociaciones científicas.

— Continua evaluación de necesidades y de procesos educativos.

— El establecimiento de mecanismos de apoyo financiero para el desarrollo de la formación continuada.

Los desafíos futuros de la formación continuada son los siguientes:

— Explorar los obstáculos institucionales, profesionales, personales y financieros al desarrollo y a la implementación de la formación continuada.

— Desarrollar estrategias para motivar a la participación en la formación continuada.

— Desarrollar currículums internacionales.

— Desarrollar estrategias para la certificación de la calidad de la formación continuada en contextos diferentes.

FIRMANTES DEL DOCUMENTO 28 DE MAYO DE 2004

• D. Juan Florencio Macías Núñez. MD PhD. Universidad de Salamanca. España.

• D. Ian Hastie. FRCP. St. George's Hospital. Londres, Reino Unido.

• D. Javier Gómez Pavón. MD PhD. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Madrid, España.

• D. Bruno Vellas. MD PhD. Facultad de Medicina. Universidad de Toulouse. Francia.

• D. David Galinski. MD. Universidad Bem'Gurion del Negev. Beer-Sheva, Israel.

- D.^a Barbara Paris. MD. Escuela de Medicina del Mount Sinai. Nueva York, EE.UU.
- D.^a Tischa Van der Cammen. MD. PhD. Erasmus Medical Center. Rotterdam, Países Bajos.
- D. José Manuel Ribera Casado. MD. PhD. Universidad Complutense de Madrid. España.
- D.^a Eva Topinková. MD. PhD. Charles University. Praga, República Checa.
- D.^a Ursula Lehr. PhD. Dr. Hc. Gerontologie der Universität Heidelberg (Alemania) y Academia Europea de Yuste.
- D. Christopher Patterson. MD Master University, Hamilton. Ontario, Canadá.
- D. Stefan Krajcik. MD Slovak. Bratislava, Eslovaquia.
- D. Álvaro Pintos. MD PhD. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.
- D. Francisco Guillén Llera. MD PhD. Comisión Nacional de la Especialidad de Geriátría. Madrid, España.
- D.^a Sandrine Andrieu. MD PhD. Facultad de Medicina. Universidad de Toulouse, Francia.
- D.^a Montaña Román. MD PhD. Universidad de Extremadura. Cáceres, España.
- D. Antonio Ventura Díaz Díaz. PhD. Universidad de Extremadura. Badajoz, España, y Fundación Academia Europea de Yuste.
- D. Guillermo Fernández Vara. Consejero de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura. España.
- D. Thomas Fruehwald. MD. Krankenhaus Lainz. Viena, Austria.
- D. Áke Rundgren. MD PhD. Universidad de Göteborg. Suecia.
- Niels Horwitz. MD. Chief Physician. University Hospital Bispebjerg. Copenague, Dinamarca.
- D. Dieter Luettje, MD. Departamento de Geriátría de Klinikum Osnabrueck. Osnabrueck, Alemania.
- D. Gyula Bakó. MD. PhD. DSc. Universidad de Debrecen. Debrecen, Hungría.
- D. Alain Franco. MD. PhD. Facultad de Medicina. Universidad de Grenoble, Francia. Presidente de la Sociedad Francesa de Geriátría y Gerontología.
- D. Ronald Barber. MB, BS, FRC. Frenchay Hospital. Bristol, Reino Unido.
- D. Sergio Ariño-Blasco. MD, PD. Departamento de Geriátría. Fundació Hospital Asil de Granollers, Barcelona, España.