

Docencia y asistencia geriátricas en el Reino Unido: perspectivas actuales

A. Vilches-Moraga^a y B. Arroyo^b

^aServicio de Geriátria. Hospital Universitario de Salford. Manchester. Reino Unido.

^bServicio de Geriátria. Hospital Universitario de Maudsley. Londres. Reino Unido.

RESUMEN

Desde su creación a finales de los años treinta, por Marjorie Warren, la medicina geriátrica se ha desarrollado como parte íntegra del servicio de salud británico. Este artículo ofrece experiencia de primera mano apoyada por una extensa revisión bibliográfica de la situación actual de la Geriátria en el Reino Unido (RU). Se exploran los diversos aspectos asistenciales en el cuidado del enfermo anciano y se describe la tendencia progresiva hacia un modelo integrado en el que todo enfermo adulto que precise ingreso hospitalario, independiente de su edad, es manejado en plantas compartidas por médicos internistas y geriatras.

También se analizan las semejanzas y características diferenciales entre los sistemas geriátricos español y británico con especial mención a la creación de unidades especializadas geriátricas (caídas, ictus), la expansión de la psicogeriatría como especialidad y las posibilidades de formación geriátrica en el RU.

Palabras clave

Geriátria. Geriatra. Especialidad. Reino Unido. Psicogeriatría. Modelo asistencial.

Geriatric teaching and assistance in the United Kingdom: current perspectives

ABSTRACT

Ever since geriatric medicine was established by Marjory Warren in the late 1930s specialist geriatric services have developed as an integral part of the National Health Service in the United Kingdom (UK). This article offers first hand experience of the present state of geriatric medicine in the UK supported by a comprehensive literature review. It confers an overview of the range of clinical, preventive, remedial, and social services available to older people. It describes a relentless move towards an integrated model of care where all adult emergency admissions, irrespective of age, are cared for in joint acute wards staffed by general physicians and geriatricians.

Correspondencia: Dr. A. Vilches-Moraga.
Servicio de Geriátria. Hospital Universitario de Salford.
Stott Lane, s/n. M68WH Salford, Manchester. Reino Unido.
Correo electrónico: avilchesm@yahoo.co.uk

Recibido el 13-12-04; aceptado el 18-07-05.

We also analyse the similarities and differences between the Spanish and British models of geriatric care. Special attention is given to the development of specialist geriatric services (falls, stroke), the expansion of the specialty of psychogeriatrics and possibilities for training in geriatric medicine in the UK.

Key words

Geriatric Medicine. Geriatrician. Specialty. United Kingdom. Psychogeriatrics. Framework.

INTRODUCCIÓN

Desde su nacimiento en la Inglaterra de los años treinta, y gracias al trabajo y la dedicación de generaciones de profesionales, la Geriátria moderna avanza con paso firme hacia una meta clara: la prevención y asistencia de las enfermedades que se presentan en las personas mayores, su recuperación funcional y su reinserción en la comunidad.

Al repasar la historia de la Geriátria y el quehacer de los geriatras tanto en España¹ como en el Reino Unido² es fácil observar múltiples similitudes tanto en su filosofía como en el modo de ejercer el «arte geriátrico». Así, en ambos países, la Geriátria hace gala de un carácter multidisciplinario e integrador que favorece la estrecha relación con otras especialidades como la psiquiatría o la medicina de familia.

Es importante recalcar las claras diferencias de tipo estratégico entre ambos países, como son la desproporción en el número de residentes formados anualmente en Geriátria (44 en España-448 en Reino Unido), la diferencia en el número de geriatras (700 frente a 1.068)³, o en unidades de Geriátria (España lejos de su objetivo de 150 unidades sugerido por la Comisión Nacional de Especialidades Médicas, en 1978, comparado con la presencia de servicios de Geriátria en todos los hospitales ingleses). La presencia directa de geriatras en el ámbito extrahospitalario es muy superior en España, y los médicos de cabecera ingleses son los encargados de la supervisión y el cuidado de pacientes ancianos tanto en sus hogares como en residencias de mayores. El Gobierno británico, me-

dian­te la in­tro­duc­ción de los llama­dos «cui­da­dos in­ter­me­dios», esta tra­tan­do de subsanar tal de­ficien­cia.

EL PRESENTE DE LA GERIATRÍA EN EL REINO UNIDO

En fe­bre­ro de 2000 el Mi­nis­te­rio de Sa­lud bri­tá­ni­co pu­blicó da­tos alar­man­tes so­bre la ac­ti­vi­dad y ca­pa­ci­dad de sus ho­spi­ta­les⁴. La Na­tional Beds In­quiry de­mos­tró un au­men­to paula­ti­no y sis­te­má­ti­co en el nú­me­ro de in­gre­sos ho­spi­ta­la­rios en­tre 1980 y 1999, don­de un 60% de los pa­cien­tes in­gre­sa­dos eran ma­yo­res de 65 años y pre­ci­sa­ban de es­tan­cias ho­spi­ta­la­rias más pro­lon­ga­das. Esta si­tuación de­sem­bo­có en un efec­to re­bote con el con­si­guen­te au­men­to en las lis­tas de es­pe­ra e in­cre­men­to de las ta­sas de mor­ta­li­dad y mor­bi­li­dad.

Este he­cho y otros fac­to­res so­cia­les, po­lí­ti­cos y eco­nó­mi­cos fa­vo­re­cie­ron que, en 2001, los Mi­nis­te­rios de Sa­ni­dad in­glés y es­co­cés lan­za­ran un am­bi­cioso plan a 10 años^{5,6} di­ri­gi­do a me­jo­rar la asis­ten­cia a per­so­nas ma­yo­res tan­to den­tro como fu­e­ra del ám­bi­to ho­spi­ta­la­rio. En 2002, Ga­les pu­blicó su pro­pio plan para con­si­de­rar y es­tu­diar las más am­plias ne­ce­si­da­des del an­cia­no y creó un Mi­nis­te­rio (in­exis­ten­te en el res­to del Re­ino Uni­do) con pre­supues­to ex­p­li­ci­to y re­spon­sa­bi­li­dad es­pe­cífica en el an­cia­no⁷.

El Na­tional Service Framework for Older People (fig. 1) marcó ob­je­ti­vos y me­tas a corto, me­dio y lar­go pla­zo que han cap­ta­do la aten­ción y la de­di­ca­ción de mi­les de pro­fesio­na­les de la sa­lud con la apa­ren­te me­jo­ría en el pronós­ti­co y la ca­li­dad de vi­da de los an­cia­nos que ya em­pezó a ver­se tan sólo 2 años des­pués de su pu­bli­ca­ción⁸.

LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA GERIÁTRICA EN EL REINO UNIDO

La prin­ci­pal di­fe­ren­cia del mo­de­lo for­ma­ti­vo bri­tá­ni­co res­pec­to del es­pa­ñol es­tri­ba en su ma­yor du­ra­ción y en que la ma­yo­ría de los mé­di­cos ob­tie­nen do­ble ac­re­di­ta­ción en Ge­ria­tría y me­di­ci­na in­ter­na. Esta *dual ac­cre­di­ta­tion* no es obli­ga­to­ria pe­ro sí ne­ce­sa­ria para po­der tra­ba­jar en la red de ho­spi­ta­les pú­bli­cos.

Va­rias son las pu­bli­ca­cio­nes que abor­dan los ob­je­ti­vos, in­fra­es­truc­tu­ra ho­spi­ta­la­ria ne­ce­sa­ria y pro­gra­ma teó­ri­co-prác­ti­co de la es­pe­ciali­dad de Me­di­ci­na Ge­riá­tri­ca en el Re­ino Uni­do⁹⁻¹². La es­pe­ciali­za­ción se re­a­li­za prin­ci­pal­men­te en el sec­tor ho­spi­ta­la­rio pe­ro tam­bién se im­pli­ca a la co­mu­ni­dad y a otras in­sti­tu­cio­nes asis­ten­cia­les.

En la fi­gu­ra 2 se mues­tra el pe­rí­o­do de es­pe­ciali­za­ción tal y como su­ce­de hoy día. Cada blo­que co­rres­pon­de a 12 me­ses de for­ma­ción re­glada a la que se ac­cede tras com­ple­tar la li­cen­cia­tu­ra de me­di­ci­na. Los años de *House Officer* y *Senior House Officer* co­rres­pon­den al pe­rí­o­do

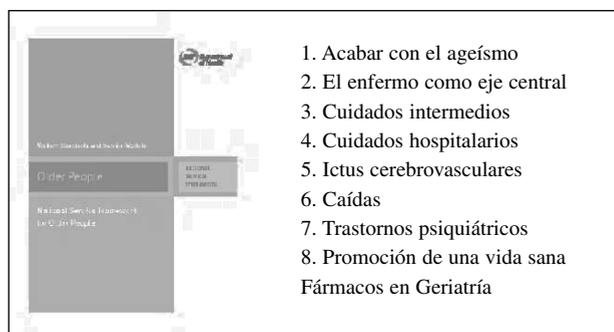


Figura 1. National Service Framework for Older People.

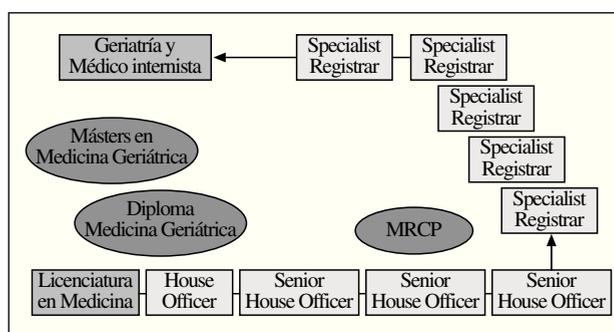


Figura 2. Especialización en Geriatria y medicina interna en el Reino Unido.

for­ma­ti­vo bá­si­co, mien­tras que *Specialist Registrar* se co­rres­pon­de con el pe­rí­o­do es­pe­cífico de for­ma­ción en Ge­ria­tría y Me­di­ci­na In­ter­na al que tan sólo se puede ac­ce­der pre­vio exa­men teó­ri­co-prác­ti­co (MRCP), mé­ritos aca­démicos y en­tre­vi­sta per­so­nal.

El tie­mpo me­dio ne­ce­sa­rio para for­mar a un ge­ria­tra en el Re­ino Uni­do se man­tiene en torno a los 9 años y va­ría en fun­ción de la ofe­rta y la de­man­da a es­cala na­cio­nal y de las ne­ce­si­da­des y ap­ti­tu­des pro­pias del mé­di­co in­ter­no re­si­den­te.

A pe­sar del au­men­to pro­gre­si­vo de ge­ria­tras de 658, en 1993, a 1.068, en sep­tiem­bre de 2003, este nú­me­ro ac­tual está muy por de­ba­jo de los 1.500 es­pe­ciali­stas es­ti­ma­dos como ne­ce­sa­rios para cu­brir las ne­ce­si­da­des del pa­ís.

En la ac­tuali­dad, exis­ten pla­nes para re­ducir el pe­rí­o­do for­ma­ti­vo a 7 años. Esto es de­bido, por un la­do, a la ne­ce­si­dad de adap­tar­se a las re­comen­da­cio­nes re­a­li­za­das desde la Sección de Me­di­ci­na Ge­riá­tri­ca de la Unión Eu­ro­pea de Mé­di­cos Es­pe­ciali­stas¹³ pe­ro, sobre todo, por la es­ca­sez de es­pe­ciali­stas en ge­ria­tría co­men­ta­da an­te­rior­men­te¹⁴.

Lle­ga­dos a este pun­to, pa­rece im­por­tante re­cor­dar otra de las di­cre­pan­cias en­tre am­bos pa­íses, como la in­fe­rior pro­por­ción de mé­di­cos es­pe­ciali­za­dos úni­ca­men­te en

medicina interna (solamente 82) con respecto del número de geriatras (mas de mil) existente en el Reino Unido.

Al igual que en España, en el Reino Unido se fomenta la investigación clínica de alto nivel, y la publicación de un proyecto o una tesis es un requisito básico para la obtención de la especialidad.

Como complemento, la British Geriatrics Society anima a aquellos profesionales de la salud que entran en contacto con enfermos ancianos a obtener el Diploma in Geriatric Medicine (DGM), una calificación clínica del Royal College of Physicians, que se obtiene mediante examen teórico y práctico y para el cual se imparten cursos de preparación en varios puntos del Reino Unido.

Diversos centros británicos ofertan un máster en Geriatría a tiempo parcial cuya duración varía entre los 2 años de la Universidad de Keele y los 5 años de la Universidad de Salford.

En el sistema británico, cuando enfermedades, como el síncope, los accidentes cerebrovasculares o el parkinsonismo, afectan a enfermos ancianos, es el médico geriatra el encargado de su evaluación, tratamiento y seguimiento, mientras que, en España, son tradicionalmente manejados por los servicios de cardiología y neurología. Esto ha llevado, con el tiempo, a que la gran parte de los geriatras que trabajan en el National Health Service, además de desarrollar servicios asistenciales típicamente geriátricos como el hospital de día o las unidades de corta, media y larga estancia, también gestionen servicios especializados en caídas, ictus o demencia. Ésta es, posiblemente, una de las razones por las que los grupos de trabajo de la British Geriatrics Society mantengan un nivel de actividad tan alto.

Como cabía esperar, la Sociedad Británica de Geriatría, los Royal Colleges of Physicians y el General Medical Council han publicado guías de trabajo para el especialista en geriatría^{15,16} y directrices sobre la acreditación de la formación continuada una vez finalizada la especialidad¹⁷.

EL VIAJE DEL ENFERMO GERIÁTRICO EN EL REINO UNIDO

El Gobierno británico trata de proveer tanto de cuidados médicos (NHS y red de atención primaria) como de ayuda social (a través de los Servicios Sociales dependientes de los ayuntamientos locales) a todos aquellos que lo precisen. Es importante resaltar que los Servicios sociales no son gratis y hay que pagar por ellos en función de previa valoración financiera de la persona.

A escala hospitalaria podemos hablar de 3 modelos de organización asistencial^{18,19}. Es importante recordar que en la actualidad no existe evidencia clínica que señale un patrón como superior a los demás:

1. Modelo tradicional: el enfermo es valorado en atención primaria o por los médicos de urgencias en el hospital y si su situación clínica lo requiere es entonces ingresado directamente bien a una planta geriátrica o a una planta de medicina interna. Así, enfermos con síndromes geriátricos tienden a ser transferidos directamente a una planta geriátrica. En este modelo existen 2 equipos de guardia, uno para geriatría y otro para el resto de especialidades médicas. En 1993 este sistema era utilizado por un tercio de los hospitales, pero su tendencia al ageísmo, la variabilidad en la valoración geriátrica y la duplicación en el uso de recursos humanos y logísticos han motivado su casi total extinción.

2. Modelo de edad cronológica: en el cual todos aquellos enfermos por encima de una edad determinada, generalmente 75 años (aunque esto varía de 65 a 85 años), son ingresados directamente a un servicio de geriatría. Éste era el modelo preferido en 1993 con más de un 54% de hospitales adscritos al mismo. Una vez mas su tendencia al ageísmo, la duplicación de recursos humanos y logísticos así como las disparidades en edad biológica y cronológica han propiciado su desaparición.

3. Modelo integrado: el geriatra trabaja dentro de un equipo médico donde todas las especialidades médicas están representadas. De esta manera los especialistas evalúan enfermos de todas las edades y todas las plantas de agudos tienen representación geriátrica. La evaluación inicial se lleva a cabo en una unidad de valoración aguda, desde donde los enfermos han de trasladarse a la unidad de agudos en menos de 48 h. De acuerdo con directrices nacionales todo enfermo anciano que precisa del equipo geriátrico ha de ser evaluado en menos de 72 h. Mientras que en 1993 solo un 19% de los hospitales británicos favorecían este modelo, hoy en día esta extendido a lo largo y ancho del Reino Unido²⁰. Por un lado, este modelo permite que otros especialistas y profesionales de la salud se beneficien de la experiencia y formación del médico geriatra, pero también existe el riesgo de que el geriatra se transforme en médico internista sin tiempo ni recursos para desarrollar y sustentar los servicios propiamente geriátricos.

Independiente del modelo hospitalario utilizado existen una serie de principios clave que son respetados en todo el país. De esta manera todo anciano que desarrolla síntomas nuevos o un cambio en su nivel funcional tiene derecho a evaluación e investigaciones que permitan un diagnóstico acertado y favorezcan el retorno rápido a su estado funcional inicial.

El médico de cabecera decide si el enfermo precisa de atención geriátrica en consultas externas u hospital de día (no urgente, menos de 8 semanas; urgente, menos de una semana), evaluación por el equipo de rehabilitación en domicilio o ingreso hospitalario. La figura 3 muestra las distintas vías que pueden seguir el enfermo anciano hasta su ingreso en el hospital.

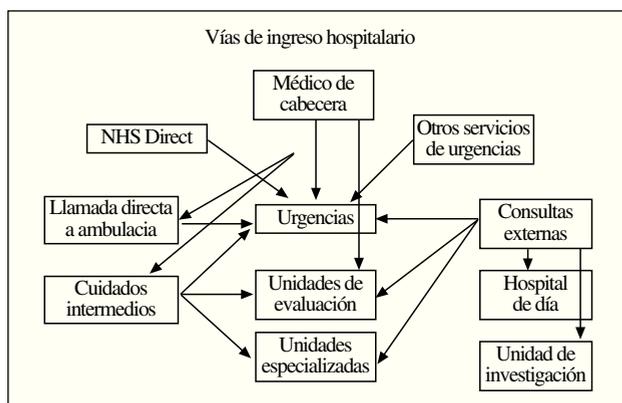


Figura 3. Vías de ingreso hospitalario.

EL PROGRESO DE LA PSICOGERIATRÍA EN EL REINO UNIDO

Las enfermedades psiquiátricas son más frecuentes en el anciano, tienden a pasar desapercibidas y pueden seguir un curso crónico caracterizado por frecuentes recaídas, mayor morbilidad y mortalidad, una mayor duración del ingreso hospitalario y un riesgo mayor de institucionalización. La coexistencia de problemas físicos, sociales y personales agravan su presentación clínica y complican el tratamiento.

La psicogeriatría, rama de la psiquiatría especializada en el manejo de enfermos psiquiátricos mayores de 65 años, emergió en la Inglaterra de los años sesenta como respuesta a las deficiencias surgidas a raíz del envejecimiento progresivo de la población. Hasta entonces, el tratamiento de los enfermos psiquiátricos ancianos correspondía a los médicos de cabecera que tan sólo referían los casos más complejos y avanzados a los servicios de psiquiatría.

En los años setenta se empiezan a ver las primeras unidades de psicogeriatría que permiten la evaluación y tratamiento del enfermo psiquiátrico anciano en su casa, en hospitales de día, o de manera más infrecuente en unidades agudas hospitalarias.

En los años ochenta aumentó el número de psicogeriatras de 106 a 250 y en 1989 se aceptó oficialmente la especialidad de psicogeriatría.

Los años noventa vieron el desarrollo de la psiquiatría comunitaria impulsada por la desinstitutionalización de pacientes con enfermedades mentales. Se creó la figura de la Enfermera de Salud Mental Comunitaria (*Community Psychiatry Nurse*), cuya función principal es enlazar los equipos de atención primaria y secundaria, el enfermo y sus cuidadores o familiares. Las unidades psicogeríatras mejor dotadas y desarrolladas pueden incorporar psicólogos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.

CONCLUSIONES

A nuestro parecer, la Geriatría en el Reino Unido ha experimentado grandes cambios en los últimos 50 años y sobre todo en la última década. Esta revolución ha venido dada no sólo por cambios demográficos, sociales y económicos sino también por el empuje y dedicación de generaciones de profesionales de la geriatría con un objetivo común: desarrollar esta especialidad para que todas las personas mayores que lo necesiten tengan acceso a una atención especializada de calidad.

El Reino Unido ha pasado de un modelo hospitalario tradicional basado en la edad cronológica del anciano a un modelo integrador multidisciplinar en el que el que se trata que el enfermo, sus cuidadores y familiares estén plenamente implicados en el establecimiento de objetivos y la toma de decisiones clínicas para favorecer una mejor calidad de vida. Esta tendencia imparable hacia la implantación del modelo integrado se nos antoja influenciada más por la falta de recursos humanos y el imparable aumento en el número de enfermos ancianos que por la evidencia clínica.

No obstante, no cabe duda de que existen múltiples ejemplos de *good practice* del arte geriátrico que podrían implantarse en España como son el florecimiento, aunque a paso lento, de la especialidad de psiquiatría geriátrica y la implantación de servicios geriátricos especializados en el manejo de patologías, que tradicionalmente pertenecieran a otras especialidades médicas, pero que precisan de la experiencia y formación especializada que los equipos de Geriatría pueden y deben ofertar.

Si se nos permitiera importar algo del sistema de salud británico no dudaríamos en adaptar al sistema español el plan nacional para la mejora del cuidado del enfermo anciano. Este documento impuso objetivos concretos tanto a escala nacional como local, que se revisan periódicamente y han sido aceptados por políticos, ancianos, cuidadores y profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez-Herrero F, Ribera-Casado JM, Guillén-Lera F, Ruipérez-Cantera I, González-Barboteo J. 25 años de la especialidad de Geriatría y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003;38:338-54.
2. Brocklehurst JC, Dall JL. *Geriatric Medicine: History and current practice in Europe.* En: Brocklehurst textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 6th Edition. London: Elsevier; 2002.
3. Royal College of Physicians [homepage on the Internet]. London: Census of Consultant Physicians in the UK, 2003. Data and commentary [actualizada 13 diciembre 2004; consultada 25 de julio de 2005]. Disponible en: <http://www.rcplondon.ac.uk/>
4. Department of Health. Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services. Consultation document on the findings of the National Beds Inquiry. London: DoH; 2000.
5. Department of Health [homepage on the Internet]. London: National Service Framework for Older people, 2001 [actualizada 24 mayo 2001; consultada 25 de julio de 2005]. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/>

6. Scottish Executive. Adding life to years. Edinburgh: Scottish Executive; 2001.
7. National Health Service Wales. When I'm sixty four and more. Report from the Advisory Group on a strategy for older people in Wales. National Health Service Wales; 2002.
8. Department of health. National Service Framework for older people. A report of progress and future challenges. London: DoH; 2003.
9. Joint Committee on Higher Medical Training [homepage on the Internet]. London: Curriculum for Geriatric Medicine. JCHMT [actualizada 21 diciembre 2003; consultada 25 de julio de 2005]. Disponible en: <http://www.jchmt.org.uk/>
10. Joint Committee on Higher Medical Training. Curriculum for General (Internal) Medicine. London: JCHMT; 2003.
11. British Geriatric Society [homepage on the internet]. London: Training in Geriatric Medicine [actualizada junio de 2005; consultada 25 de julio de 2005]. Disponible en: <http://www.bgs.or.uk/>
12. Sheridan R, Ernst T. A career in Geriatric Medicine. *BMJ*. 2002;324:S57.
13. Sección de Medicina Geriátrica de la Unión Europea de Médicos Especialistas. Especialización en Medicina Geriátrica en la Unión Europea. Copenhague: Sección de Medicina Geriátrica de la Unión Europea de Médicos Especialistas; 1999.
14. Royal College of Physicians. Implementation of the European Working Time Directive by August 2004. London: RCP; 2002.
15. British Geriatric Society. Model workload for Consultants in Geriatric Medicine. General notes for guidance. London: British Geriatric Society; 2001.
16. Royal College of Physicians. Physicians working for patients. Job plans for specialist physicians: Geriatric Medicine. London: RCP; 1999.
17. Royal College of Physicians. Maintaining good medical practice: clinical governance and self-regulation for physicians. *J Roy Coll Phys*. 1999;33:241-5.
18. British Geriatric Society. Acute Medical Care of Elderly People. London: British Geriatric Society; 2001.
19. British Geriatric Society. Standards of Medical Care for Older People. Expectations and recommendations. London: British Geriatric Society; 2003.
20. Royal College of Physicians. Management of the older medical Patient. The interface between General (Internal) Medicine and Geriatric Medicine. London: RCP; 2003.