



EDITORIAL

Formación de Geriátría en el pregrado: estudiantes y ancianos se lo merecen



Geriatric medicine at the undergraduate level: Students and elderly people they deserve it

Ramón Miralles^{a,b}

^a Servicio de Geriátría del Parc de Salut Mar, Centro Fòrum, Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza, Barcelona, España

^b Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

Al acabar las prácticas en la planta, una joven estudiante se acercó y me dijo con tono sorprendido:

– Profesor, no tenía ni idea de que la geriatría fuese una especialidad, ni tampoco sabía que hubiesen unidades como esta.

Era el año 1995, los estudiantes de 6.º curso de medicina hacían periodos de rotación por diferentes plantas del hospital (el entonces llamado «rotatorio»). De forma optativa, se ofrecía una breve estancia en las unidades de geriatría del centro sociosanitario próximo al hospital. Esta era entonces la única oportunidad de contacto con la geriatría que los estudiantes podían tener a lo largo de la licenciatura en la Unidad Docente de la Facultad de Medicina del entonces llamado Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (UDIMAS), situado en el Hospital del Mar de Barcelona y perteneciente a la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). En el plan de estudios del año 1986 vigente de aquel momento, no había espacio para la geriatría¹. Poco después, un nuevo plan de estudios incluía por primera vez la palabra geriatría dentro de los contenidos de una materia troncal denominada *Introducción a la patología*^{2,3}. Esto permitió introducir algunas lecciones sobre envejecimiento y enfermedades en el anciano, dentro de dicha asignatura. En ese mismo plan, se permitía la oferta de materias optativas dentro de un marco general regulador. En este contexto, la Facultad de Medicina de la UAB incluyó por primera vez la Geriatría, como asignatura optativa⁴. Esto permitió que algunos estudiantes finalizasen sus estudios de licenciatura con nociones básicas sobre valoración geriátrica y habiendo visto una unidad de convalecencia de un centro sociosanitario. Como responsable de dicha asignatura durante ese tiempo, debo decir con satisfacción que algunos de aquellos alumnos escogieron posteriormente la especialidad tras examinarse del MIR y hoy en día ejercen como geriatras en distintos centros del país.

En los últimos años, han surgido recomendaciones de organismos internacionales y grupos de expertos, sobre los contenidos básicos de la enseñanza de la geriatría que debían incluirse en el pregrado⁵⁻⁷. Sin embargo, en los planes de estudios, las materias tienen un límite de créditos que deben encuadrarse en un calendario con espacios limitados, por lo que siempre es necesario seleccionar y priorizar contenidos. En este sentido, cabe destacar el enorme valor que aporta el plan de estudios europeo para la enseñanza de medicina geriátrica en el pregrado, cuya versión en castellano se publica en el presente número de la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA⁸. En él se ofrecen 10 puntos clave considerados como esenciales en la enseñanza de la geriatría. El valor de este trabajo reside en que estas recomendaciones no son las que ha elegido unilateralmente una institución o una sociedad científica, sino que han sido escogidas con un riguroso método de consenso entre expertos de 29 países europeos, lo que les confiere una sólida credibilidad y, sobre todo, independencia respecto a inercias del pasado y a posibles presiones de departamentos universitarios.

Resulta llamativo que el primer punto clave de este plan europeo de medicina geriátrica no sea un contenido teórico, ni una habilidad específica, sino una «actitud». Una actitud que exige aprender a respetar a las personas mayores. Este hecho, lejos de parecer una obviedad o un mero sentimentalismo, constituye un pilar básico para el aprendizaje. Una actitud positiva libre de prejuicios negativos genera motivación y esta se convierte en el principal motor para el aprendizaje. En una sociedad obsesionada por el éxito y la belleza, la geriatría puede parecer una especialidad con poco *glamour*. La presencia de ancianos con enfermedades crónicas y con dependencia genera una imagen de lastre social y de gasto económico. Samuel Shem en su famosa novela *La casa de Dios*, en tono crudo y deshumanizado explica cómo los médicos internos deseaban que algunos pacientes ancianos con enfermedades crónicas se marchasen de urgencias para no tener que atenderlos. Fomentar una actitud de respeto hacia el anciano en el pregrado, proporcionando conocimientos en el manejo de estos pacientes, ayudará a que los estudiantes cambien su sentimiento negativo de rechazo

Correo electrónico: rmiralles@parcdesalutmar.es

o impotencia, por un sentimiento positivo y una actitud de reto, hacia un grupo de enfermos que en general, suelen presentar mayores dificultades diagnósticas y terapéuticas que los adultos más jóvenes.

Entre las razones a favor de incluir la formación de geriatría en el pregrado, está el argumento demográfico (los futuros médicos ejercerán en una sociedad más envejecida)⁵⁻⁷ y las diferentes características del modo de enfermar de los ancianos (presentación atípica, tendencia a la discapacidad, síndromes geriátricos, etc.), que justifican la necesidad de un aprendizaje específico^{5,9-11}. Sin embargo, quisiera hacer hincapié en una tercera razón que hace referencia al título de este editorial y es que tanto los estudiantes, como los ancianos, «se lo merecen». Nuestros estudiantes merecen una buena formación para atender en el futuro de forma segura y adecuada a sus pacientes mayores. Por otro lado, las generaciones de ancianos que durante años han contribuido con sus esfuerzos a construir el estado del bienestar que todos queremos se merecen una atención sanitaria cualificada, lo que no significa necesariamente más cara, sino adecuada a sus necesidades en cada fase de la enfermedad. Pero esto es imposible si los profesionales no tienen la formación adecuada.

En geriatría es importante reconocer la idoneidad de determinadas exploraciones complementarias en según qué circunstancias y adecuar la intensidad terapéutica a las condiciones del anciano¹². El desconocimiento de esto puede generar errores diagnósticos y terapéuticos, tanto por exceso como por defecto, que pueden afectar a la calidad de vida del anciano y generar sobrecostes para el sistema. En este sentido, la decisión de incluir la geriatría en el pregrado puede resultar rentable a medio-largo plazo para el sistema y para los propios pacientes. Habrá quien diga que el *currículum* del pregrado ya está muy sobrecargado y que en la vida profesional también hay espacios para el aprendizaje (formación MIR, masters, posgrados, etc.). Sin embargo, esto no es un argumento para posponer la docencia de geriatría al posgrado. El aprendizaje de la práctica clínica requiere un espacio de tiempo en el que pueden identificarse cuatro eslabones¹³. El primero sería la adquisición del conocimiento teórico (libros, conferencias y clases). El segundo sería la recogida de la información frente al enfermo (anamnesis, historia clínica, habilidades comunicativas y exploración física). El tercero y cuarto eslabones se refieren a actuaciones en el escenario asistencial (hospitalización, domicilio, trabajo en equipo, relaciones con familiares, etc.). Cuanto más tarde se construya el primer eslabón, sobre el que asentarán los restantes, más se retrasará el aprendizaje. Ese tiempo de retraso, alargará el periodo que el profesional necesitará para ejercer una buena práctica clínica con pacientes ancianos, siendo posible que en ese tiempo, algunos ancianos no reciban la atención más adecuada.

... tras el 6.º día de ingreso, la fiebre había desaparecido y la radiografía del tórax había mejorado, ahora ya podría retirar la vía intravenosa y darle antibióticos por vía oral; sin embargo, cuando planteó el alta a los familiares, estos se quejaron de que el señor P. estaba mal.

– Ya sé que tiene 80 años. . . pero él antes no estaba así –le replicó su hija.

– Ya no tiene fiebre, la neumonía está curada –insistió el médico residente con un tono un tanto contrariado.

– Pero doctor. . . ¡casi no se tiene en piel! además. . . ¡no me ha conocido!, ¡está despistado y no come! . . . ¿qué vamos a hacer así? –replicó la hija del paciente, con gesto de preocupación.

El médico residente, le explicó a su adjunto que la familia no se lo quería llevar y que había pedido una consulta a trabajo social. . .

Seguramente, este médico residente aprenderá con el tiempo que el Sr. P. no tiene un problema social y que sus necesidades deben ser atendidas; pero ¿con cuántas hijas más de pacientes tendrá que

discutirse hasta aprenderlo?; ¿a cuántos trabajadores sociales más habrá tenido que llamar antes de reconocer su responsabilidad clínica en el proceso? La inclusión de la geriatría en el pregrado es una oportunidad para que cuanto antes se aprendan estas cosas, más corto sea el periodo necesario para que se hagan mejor. Si este médico hubiese recibido formación geriátrica en el pregrado, seguramente le habría sido más fácil comprender que las enfermedades en los ancianos tienen una repercusión sobre la capacidad funcional, el estado mental y nutricional, que dicha repercusión se podría haber prevenido o minimizado y que se podría haber planificado otro recurso asistencial para el momento del alta (puntos clave números 4, 6 y 9 del plan de estudios europeo de medicina geriátrica)⁸.

Otro aspecto a destacar es que los estudiantes deben aprender cuáles son los cambios normales y anormales que se producen durante el envejecimiento y saber distinguirlos de los síntomas de las enfermedades (punto clave número 2 del plan de estudios europeo de medicina geriátrica)⁸. Este aprendizaje contribuirá a ahorrar muchas exploraciones complementarias innecesarias. Así mismo, los futuros profesionales, además de comprender estos cambios, deberían saber explicarlos. La ignorancia de este hecho puede llevar a que algunos pacientes se sientan mal atendidos al no recibir explicaciones adecuadas a sus problemas. Sirva de ejemplo una carta escrita a un diario de Barcelona por una indignada señora de 85 años a quien su médico siempre le decía lo mismo¹⁴: «lo que usted tiene es por la edad»; la señora interpretaba que su enfermedad era «la edad»; por ello en su escrito al diario se atreve a preguntar: «¿En qué facultad de medicina les enseñaron a los médicos que la edad es una enfermedad?».

Otro de los puntos clave del programa de estudios universitarios de geriatría es el referido a las dolencias más comunes en ancianos y a las manifestaciones de las enfermedades en forma de síndromes geriátricos (punto clave número 3)⁸. El desconocimiento de estos últimos, deja sin armas a muchos estudiantes ante situaciones frecuentes generándose actitudes erróneas. He visto cómo residentes de primer año piensan que las caídas son un problema del traumatólogo, que un paciente con demencia y confusión mental tiene una meningitis y que un deterioro de la capacidad funcional sin causa aparente es un problema social¹⁵. Así mismo, los puntos clave números 5, 7, 8 y 10 del plan de estudios propuesto⁸ hacen referencia, respectivamente, al uso adecuado de fármacos, a aspectos legales y bioética en ancianos, al trabajo en equipo y al conocimiento del propio sistema sanitario y su entorno, todos ellos aspectos necesarios para que nuestros estudiantes puedan desarrollar en el futuro una atención geriátrica de calidad.

El advenimiento del Espacio Europeo de Educación Superior y el Plan Bolonia llevaron al Ministerio de Educación y Ciencia a publicar las directrices que debían incluirse en los nuevos títulos de grado de Medicina, dentro de los cuales se incluían más aspectos relacionados con la geriatría (estructura y función de los órganos en diferentes etapas de la vida, demografía, patologías específicas prevalentes en ancianos, parámetros clínicos en diferentes edades, etc.)¹⁶. A partir de ahí, muchas universidades incluyeron contenidos de geriatría en sus nuevos planes de estudio. La UAB en sus 2 grados de medicina (uno propio y otro compartido con la Universidad Pompeu Fabra [UPF])¹⁷ incluye temas de geriatría como materia obligada dentro de distintas asignaturas^{18,19}. Así mismo, en el grado compartido (UAB-UPF), los estudiantes hacen prácticas clínicas de contacto precoz con el sistema sanitario, entre las cuales se incluye una estancia en un servicio de geriatría y en un centro sociosanitario²⁰. Existen también iniciativas con nuevos métodos de enseñanza clínica que paulatinamente se van incorporando también al ámbito de la geriatría, como son el aprendizaje basado en problemas¹¹ y la utilización de pacientes simulados²¹.

Finalmente, responsables universitarios, docentes y clínicos deberían velar para que estos 10 puntos clave para la enseñanza

de la geriatría en el pregrado encuentren su espacio dentro de los planes de estudio de nuestras facultades de medicina. Nuestros estudiantes se merecen estar mejor preparados y lo agradecerán. Los ancianos del presente y del futuro, entre los cuales, si Dios quiere, espero encontrarme en plazo no muy lejano, también nos lo merecemos y lo agradeceremos.

Bibliografía

1. Acuerdo de 9 de octubre de 1986, del Consejo de Universidades, por el que se homologa las modificaciones introducidas en el 1.º y 2.º ciclos del plan de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. BOE n.º 286, de 29 noviembre de 1986, p. 39585 [consultado 31 Oct 2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/11/29/pdfs/A39585-39585.pdf>
2. Real Decreto 1417/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Licenciado en Medicina y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. BOE n.º 278, de 20 de noviembre de 1990, p. 34343-45 [consultado 31 Oct 2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1990/11/20/pdfs/A34343-34345.pdf>
3. Ribera-Casado JM. La geriatría en el nuevo plan de estudios de medicina. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1991;26:1-2.
4. Resolución de 8 de noviembre de 1993, de la Universidad Autónoma de Barcelona, plan de estudios conducente al título oficial de Licenciado en Medicina. BOE n.º 287, de 1 diciembre de 1993, p. 34158-65 [consultado 31 Oct 2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1993/12/01/pdfs/A34158-34165.pdf>
5. Ribera-Casado J. Formación básica y continuada en geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36(S5):32-42.
6. British Geriatrics Society Recommended Curriculum in Geriatric Medicine for Medical Undergraduates [consultado 17 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.bgs.org.uk/index.php/medicalstudentstop/959-undergraduatecurriculum8>
7. International Association of Gerontology and Geriatrics. Geriatric Medicine: Basic contents for undergraduate medical students. *IAGG Newsletter.* 2007;18(1) [consultado 17 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.iagg.info/data/newsletter18-1.pdf>
8. Vilches-Moraga A, Ariño-Blasco S, Verdejo-Bravo C, Mateos-Nozal J. Plan de estudios universitarios en medicina geriátrica desarrollado utilizando una técnica internacional Delphi modificada. *Rev Esp Geriatr Esp.* 2015;50(2): 81-7.
9. Miralles R. Aspectos diagnósticos y terapéuticos específicos del paciente anciano: valoración geriátrica integral. Capítulo 156. En: Rozman C, Cardelach F (editores) Ferreras/Rozman. *Medicina Interna.* 17.ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2012. p. 1214-1222.
10. Flicker L. Should geriatric medicine remain a specialty. *BMJ.* 2008;337: 78-9.
11. Abizanda-Soler P, Romero-Rizos P, Sánchez-Jurado M, Martín-Sebastiá E, Luengo-Márquez C. Necesidad de la enseñanza de pregrado en geriatría: aportaciones de un nuevo modelo educativo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:275-84.
12. Strauss SE, Tinetti ME. Evaluation, management, and decision making with the older patients. Chapter 10. En: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, editores. *Hazzard's geriatric medicine and gerontology.* 6th ed. New York: McGraw Hill Company; 2009. p. 133-40.
13. Vázquez-Mata G, Guillamet-Lloveras A. El entrenamiento basado en la simulación como innovación imprescindible en la formación médica. *Educ Med.* 2009;12:149-55.
14. Barroso J. Cosas de la edad. Sección de Cartas al director. *La Vanguardia*, 22 de diciembre del 2013.
15. Miralles R, Vázquez O, Robles MJ, Llopis A, Cervera AM. Ancianos en los servicios de urgencias: ¿problema sanitario o social? *An Med Interna (Madrid).* 2000;17:389-90.
16. Orden del Ministerio de Educación y Ciencia/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE n.º 40, de 15 de febrero del 2008. p. 8351-8355 [consultado 31 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/15/pdfs/A08351-08355.pdf>
17. Resolución de 13 de octubre del 2011, de la Secretaría General de Universidades, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 7 de octubre del 2011, por el que se establece el carácter oficial de determinados títulos de Grado y su inscripción en el Registro de Universidades, Centro y Títulos. BOE n.º 264, de 2 de noviembre del 2011. p. 114632-114635. [accedido 31 Oct 2014] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/11/02/pdfs/BOE-A-2011-17278.pdf>
18. Plan de estudios Grado de Medicina Titulación compartida Universidad Autónoma de Barcelona y Universidad Pompeu Fabra [consultado 17 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.upf.edu/biomed/medicina/pla/>
19. Plan estudios grado Grado de Medicina Universidad Autónoma de Barcelona [consultado 17 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.uab.cat/web/informacio-academica/grau-de-medicina/pla-d-estudis-1345666288994.html>
20. Baños JE, Sentí M, Miralles R. Contacto precoz con la realidad asistencial: una experiencia piloto en medicina. *Educ Med.* 2011;14:39-47.
21. Miralles R, Esperanza A. Utilización de pacientes simulados como instrumento docente en geriatría: un ejemplo con la incontinencia urinaria. 55 Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Valencia, junio del 2013. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(Esp Congr):90-1.