



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión 30 de septiembre del 2020

Presentación del trabajo de ingreso a la ANMM a cargo del Dr. Ovidio Alberto García Villarreal, y comentado su trabajo al Dr. Armando Mansilla Olivares.

Dr. Ovidio Alberto García Villarreal, “La efectividad del procedimiento de Cox-maze III a largo plazo está relacionado con el tamaño postoperatorio de la aurícula izquierda”.

El procedimiento de Cox-maze III está diseñado para eliminar cualquier tipo de fibrilación auricular o flutter, y consiste en una serie de incisiones quirúrgicas colocadas estratégicamente a lo largo de ambas aurículas, lo cual permite al estímulo eléctrico viajar del nodo sinusal hasta el auriculoventricular a la vez que se conserva la función contráctil de ambas aurículas.

Para entender cómo funciona el procedimiento de maze, primero se debe de comprender cómo se genera y se sostiene la fibrilación auricular, para lo cual existen dos condiciones para sine qua non, como son:

1) Focos disparadores o gatillos que están localizados en el interior y alrededor de las venas pulmonares, lo cual genera una serie de estímulos eléctricos que viajan por ambas aurículas, esto se conoce como FA paroxística y para su eliminación basta con el simple aislamiento de las venas pulmonares, 2) Estos estímulos eléctricos ectópicos pueden degenerar hacia la formación de macro-circuitos de reentrada, también llamados drivers, que están localizados en cualquier parte de ambas aurículas a lo que se conoce como FA persistente de larga evolución y para su tratamiento se necesita un procedimiento más complejo como el procedimiento de maze.

Uno de los hallazgos más importantes por parte del Dr. Cox, creador del procedimiento de maze y su grupo de trabajo, fue haber descubierto que el tamaño mínimo de un rotor para generar FA en la aurícula humana es igual o mayor a 6 cm de diámetro, por lo tanto si se colocan dos incisiones o líneas de quemadura separadas a < 6 cm una de la otra, no habrá suficiente espacio para que se genere el macro-circuito, por lo que el resultado final es de que no existe fibrilación auricular, por lo que este es el fundamento del procedimiento de maze.

Dado que los macro-circuitos pueden estar localizados en cualquier parte de ambas aurículas, siempre se tiene que proceder con un patrón de lesiones bi-auricular completo.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Han sido estudiadas muchas variables preoperatorias desde el punto de vista de del riesgo de recidiva de la FA después del procedimiento de maze y así se encontró: la edad del paciente, la duración preoperatoria FA, el tamaño preoperatorio de AI, el tipo de FA, si es sola, concomitante, mitral, reumática, degenerativa u otras.

Es importante señalar que anteriormente no había sido estudiado el tamaño postoperatorio de la aurícula izquierda como factor de riesgo para la recidiva de FA, después del procedimiento de maze, por lo que se procedió al análisis de una serie de 50 pacientes, operados de julio del 2012 a abril del 2016, todos ellos con una enfermedad mitral primaria y FA concomitante, en todos ellos se utilizó un procedimiento de Cox-maze III mediante “corte y sutura” biatrial completo.

En las variables demográficas preoperatorias, se encontró que la duración preoperatoria de la FA fue de 3 y ½ años en promedio y el tamaño de la aurícula izquierda era de 7.1 cm.

De acuerdo a lo que ya se les había realizado a los pacientes, por lo que en conjunto el procedimiento de maze y el procedimiento mitral necesitaron de un tiempo de derivación cardiopulmonar en promedio de 142 minutos y un tiempo de pensamiento aórtico de 116 minutos, dos pacientes se re-operaron por sangrado, ninguno de ellos relacionado con las líneas de sutura y la mortalidad operatoria fue de 0%.

Como la resección de la orejuela izquierda es parte integral del procedimiento de maze, se tuvo la oportunidad de encontrar que el 28% de los pacientes tenían algún trombo en el interior de la orejuela izquierda y de éstos un 12% mostraban algún grado de extensión del mismo trombo hacia el interior de la aurícula izquierda.

Es importante mencionar el seguimiento del ritmo cardiaco del paciente después del procedimiento de maze, por lo que se observó que a los 5 años el 70% de estos pacientes estaban libres de fibrilación auricular, lo cual corresponde con los estándares internacionales para decir que el procedimiento de maze ha sido exitoso.

En un estudio a 3 años se analizaron los pacientes que estaban en ritmo sinusal y los que estaban en fibrilación auricular y de acuerdo a gráfica de dispersión se percibe como todos los pacientes, excepto uno que estaba en ritmo sinusal, tenían menos de 6.5 cm de diámetro como tamaño postoperatorio de la aurícula



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

izquierda, por lo que se tomó como valor de corte y se graficó por separado, y es más que evidente la diferencia en cuanto a la ausencia de fibrilación auricular a lo largo del tiempo, siendo todos los grupos estadísticamente significativos.

Cuando se analiza riesgo relativo, sale a relucir en la línea de tiempo de estudio que el factor más importante es cuando el tamaño de la aurícula izquierda es mayor a 6.5 cm de diámetro, con la p significativa en casi todos los rubros estudiados.

Es importante decir que el tamaño de la aurícula izquierda que era de 7.1 cm, inmediatamente después de terminar el procedimiento de maze en quirófano y estudiado pasa a 6.2 cm, lo cual hace pensar que el procedimiento de Cox-maze III como tal, puede tener un efecto reductivo como consecuencia de la suma de la sutura de toda esta serie de incisiones.

Conclusiones:

1) El procedimiento de Cox-maze III es altamente eficaz para eliminar la FA asociada a enfermedad mitral cuando el tamaño postoperatorio de la aurícula izquierda es ≤ 6.5 cm, 2) El procedimiento de Cox-maze III *per se* tiene un efecto reductivo en el tamaño final de la aurícula izquierda, 3) Este es el primer estudio en la literatura que está enfocado en el efecto del tamaños postoperatoria de la aurícula izquierda como factor relacionado con la efectividad del procedimiento de Cox-maze III a largo plazo.

Dr. Armando Mansilla Olivares, “Comentarios”.

El objetivo fundamental del Dr. Villarreal de su investigación, consistió en demostrar que con el procedimiento de Cox-maze III, mediante “corte y sutura”, es factible revertir la fibrilación auricular en una serie de pacientes sometidos a cirugía cardíaca por cardiopatía reumática mitral.

Por su descripción el estudio parecería ser prospectivo, observacional y de una sola cohorte, sin embargo, el investigador con honestidad y la certeza que sólo le proporciona el dominio en el conocimiento de su área, y señala que se trató de un diseño observacional ambispectivo.

La actividad molecular de una neurona, tanto a lo general como en lo particular, es prácticamente la misma que desarrolla la fibra muscular cardíaca, de tal forma que ambas células se nutren a partir del acetil coenzima A, y cuya principal fuente metabólica son los ácidos grasos la que aporta el sustrato.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

En el caso de la estructura miocárdica, da lugar a la actividad cromotrópica, y dromotrópica, cuya alteración repercute invariablemente en la función contráctil y tonotrópica del corazón, no obstante que la actividad dromotrópica de las aurículas ha sido ligada por años a la presencia de la membrana sarcoplásmica, cuyos túbulos contienen al ion divalente calcio en uno de sus extremos, facilitando la propagación del potencial de despolarización.

En el caso de la fibrilación auricular, el desplazamiento de frente de onda, encuentra el tejido auricular en algunas ocasiones en su fase excitable, con un potencial de membrana inadecuadamente denominado de reposo de <97 mini voltios, por lo que su desplazamiento continua a una velocidad de 0.3 metros por segundo, sin embargo en otras ocasiones lo encuentra en su periodo refractario absoluto, lo que bloquea indudablemente su desplazamiento o bien lo encuentra en su periodo refractario relativo, lo que en el caso de un estímulo superior a la rebase permitirá su conducción, pero a una velocidad de 0.3 a 0.05 metros por segundo, provocando el fenómeno denominado discontinuidades funcionales.

En estas circunstancias las velocidades de conducción, dirección vectorial y voltaje, dependen además del diámetro de la célula conductora y de la concentración de iones a nivel intra y extra celular del periodo de despolarización en el que se encuentra la estructura excitable, bloqueando en algunas ocasiones la conducción del estímulo y en otras permitiendo la conducción del mismo, a velocidades aproximadas a lo normal o bien a distintas velocidades entre los 0.3 y los 0.05 metros por segundo, es decir más lentas y con una respuesta ventricular variable, lo que da lugar a la más arrítmica de las arritmias o sea la fibrilación auricular.

En el caso de este trabajo de investigación, en el que el autor así lo señala "entre más completo el patrón de lesiones del maze, es decir mientras mayor número de incisiones o líneas de quemadura, mayor será la tasa de éxito".

Sin embargo, se tiene que tener mucho cuidado, debido a que esto puede ser interpretado como: tasajear el tejido miocárdico o tejido auricular, aunque estas cohortes pueden dar lugar a la formación realmente no planeada con precisión de un laberinto de tejido batmotrópicamente capaz de contribuir o bien de bloquear el desplazamiento del frente de onda.

Lo que es precisamente, lo que realizó y demostró el Dr. Ovidio García Villarreal, mediante un excelente diseño experimental, realmente difícil de completar, pero que él logro por sí mismo, llegando a conclusiones de extraordinario valor clínico y



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

terapéutico quirúrgico, no descritos previamente en la literatura universal, por lo que se califica esta investigación con el carácter de original.

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión

Simposio:

“Retos del sistema de salud en envejecimiento”

Ciudad de México a 30 de septiembre del 2020

Bajo la coordinación de la Dra. Ma. Del Carmen García Peña y como ponentes: Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, Dra. Hortensia Reyes Morales, Dr. Raúl Medina Campos.

Dra. Dra. Ma. Del Carmen García Peña, “Introducción: Espectro de las necesidades de salud del adulto mayor”.

¿Qué significado tiene el concepto “salud” para las personas adultas mayores?, podría ser considerado que este concepto de salud, es diferente para otros grupos de edad y por lo tanto la connotación de salud también puede ser diferente para las personas adultas mayores.

Se puede decir que este concepto de salud considera diferentes dimensiones o conceptos, como son: la ausencia de iatrogenia, el estado funcional, el estado mental, la morbilidad, la continencia, las actividades de la vida diaria, la visión y audición, el lenguaje y la comunicación, el sistema de apoyo social, el ambiente donde vive y la calidad de la atención, esto les permite como personas adultas mayores: el continuo autodesarrollo, el nivel de independencia que tienen, estilos de vida saludable, adaptación a la pérdida y el adecuado sistema de apoyo.

¿Cómo se pueden entender las necesidades de salud?, no hay realmente un consenso de la definición de necesidades de salud, sin embargo, se podría decir que implica a un rango muy amplio de características que incluyen desde los propios servicios de salud, pero además, a los servicios sociales, servicios de cuidados personales, vivienda, financiamiento, educación, empleo, actividades de ocio, transporte y el acceso a cada uno de estos bienes.

Según diagrama se presenta el cruce de necesidad, de oferta y demanda de servicios de salud, y como se observa, los círculos no se sobreponen, lo que quiere decir que las necesidades no están directamente involucradas o



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

consideradas en la oferta y demanda de los servicios y esto es precisamente uno de los conflictos del sistema de salud, por supuesto las necesidades tienen que ver con determinantes sociales, culturales y éticos, la demanda de servicios está influida por los medios de comunicación, la influencia social y educativa y con la influencia médica y la oferta, por patrones históricos, inercia, el momento, se podría decir que hay diferentes tipos de necesidad, como son: normativa, sentidas, expresadas y demandadas.

Para fines de las personas adultos mayores, se cree pertinente tomar el entendido de necesidades básicas consideradas por un lado: la autonomía que es fundamental y la salud física y las necesidades intermedias que son todas las demás, como: comida, vivienda, trabajo, ambiente físico seguro, una historia de infancia segura, relaciones sociales significativas, servicios de salud, etc. (Ver graficas min. 32.43)

Conclusiones:

1) Es inadmisibles priorizar los servicios en diferentes grupos de edad sobre la base de real o futura contribución a la sociedad, **2)** El proceso de definir servicios de alta prioridad debe ser neutral para grupos de edad, sexo, estado de salud y otros marcadores de diferencia considerados arbitrarios desde el punto de vista moral, y **3)** Los servicios que mejoran el bienestar no siempre deber obtener primacía sobre los servicios que fomentan autonomía y dignidad, por el contrario, la regla general es que el respeto a la autonomía y dignidad primacía sobre los servicios que mejoran el bienestar a expensas de los primeros.

A partir del 1 de octubre, inicia la década de envejecimiento saludable, comandada por la "OMS" década 2020 y 2030, por lo que se tienen que preservar estas diez acciones claves, como son: **1)** Incluir a todas las personas mayores, **2)** Combatir la discriminación por edad, **3)** Transformar la práctica clínica geriátrica, **4)** Asegurar los recursos humanos necesarios, **5)** Desarrollar un Sistema de cuidados a largo plazo, **6)** Crear un Sistema de información, **7)** Desarrollar la investigación, **8)** Demostrar el retorno social de la inversión, **9)** Promover el cambio y la innovación, y **10)** Adecuación del entorno.

Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, "Experiencia en México de Gerontología Comunitaria".

El enfoque del envejecimiento en el lugar surge en 1973, como un modelo ecológico del envejecimiento, en el que se enfatisa la interdependencia de los elementos que conforman el sistema como un proceso continuo de adaptación a



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

su entorno durante el proceso de envejecimiento y la vejez, incluso cuando enfrenta necesidades de apoyo específicos.

En los entornos sociales del envejecimiento, se debe precisar en lo siguiente: **1) Personales**: en donde el individuo interactúa directamente con otros, **2) Grupos pequeños**: se organizan con normas y objetivos grupales más allá del nivel individual, **3) Redes sociales**: interacciones más amplias que están relativamente cerca de la persona, y **4) Factores socioculturales**: políticas públicas, leyes, instituciones sociales y valores culturales.

El antecedente que se puede identificar de la gerontología comunitaria es la gerontología ambiental GA, como un capó de conocimiento emergente interdisciplinario de los procesos de intercambio persona-ambiente durante el proceso de envejecimiento, que involucra disciplinas como: psicología, sociología, arquitectura, geografía social, terapia ocupacional, planificación urbana y gerontología.

El objetivo de la GA es describir, explicar, modificar y optimizar la relación entre la persona que envejece y su entorno físico-social.

La GA considera diferentes niveles de análisis respecto al tipo de lugar como a la escala de agregación social, lo cual se da: desde el hogar, la interacción del vecindario, la ciudad, la región rural/urbana, la interacción entre individuos, grupos comunitarios y organizaciones civiles.

Las definiciones de comunidad son distintas, de acuerdo con el enfoque: se cuenta con entidades territoriales predefinidas, definidas como comunidades geográficas, las redes sociales dispersas espacialmente y comunidades basadas en interacciones cara a cara que se han complementado por comunidades virtuales.

El capital social es definido como un recurso colectivo que beneficia tanto a individuos como a comunidades, el concepto considera tres elementos: redes sociales, normas de reciprocidad y confianza.

Se consideran como elementos clave del capital social a nivel comunitario: la confianza, la reciprocidad, la pertenencia, la participación, y los niveles de apoyo social.

“Greenfield” en el 2016 define la gerontología comunitaria GC como “un área de investigación, política y practica que tiene como objetivo avanzar en la comprensión



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

de las comunidades como contextos fundamentales para el envejecimiento y su diversidad, y aprovechar esta comprensión para el cambio”.

En la “FES Zaragoza”, UNAM, se conceptualiza la GC como un campo de estudio, cuyo propósito es el desarrollo de estrategias para la implementación de programas de apoyo “entre pares” de personas en proceso de envejecimiento, utilizando de manera óptima las RAS formales e informales, que les permita de manera organizada potenciar sus capacidades a través de la adopción de estilos de vida saludables, para lograr y mantener el máximo nivel de funcionalidad, salud, bienestar y calidad de vida en el contexto sociocultural de su comunidad.

El INSEN (actualmente INAPAM) y el DIF desde finales de la década de los 70`s han desarrollado programas comunitarios para la atención de las personas adultas mayores, considerándolas como “sujetos pasivos con necesidades múltiples”, principalmente de tipo material.

*Los principales objetivos de los programas han sido: **1)** Convivencia, **2)** Entretenimiento, **3)** Manualidades, **4)** Ejercicio Físico, Y **5)** Aprendizaje de actividades artísticas, idiomas y cómputo, el problema es que no ha habido un seguimiento.*

Después de la propuesta del concepto de “envejecimiento activo” por la “OMS” (2002), en México se han impulsado y desarrollado diferentes programas de gerontología comunitaria en universidades e instituciones de salud y sin que exista una coordinación ni seguimiento de los resultados.

“La Unidad de Investigación en Gerontología” de la FES Zaragoza, UNAM, ha desarrollado un Modelo de Atención Comunitaria para el Envejecimiento Saludable (MACES), para las personas en proceso de envejecimiento que viven en la comunidad. Este modelo tiene como objetivo empoderar a las personas, para potenciar sus capacidades y lograr el máximo de salud, funcionalidad, bienestar y calidad de vida, a través del autocuidado, la ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales.

La estrategia del MACES es la conformación de una “red de redes estructurada de núcleos gerontológicos”.

El grupo de trabajo inició con la implementación y el desarrollo de las MACES en 1994 con un enfoque informativo de promoción de la salud, estableciendo un programa comunitario en el que un grupo de profesionistas (médicos, enfermeras, psicólogos, químicos clínicos y trabajadores sociales), transmitían conocimientos a



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

los adultos mayores sobre cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados con el envejecimiento y la vejez, así como comportamientos y estrategias para la prevención y el control de enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), asumiendo que por el solo hecho de transmitir la información a las personas mayores y comentarles que adoptaron estilos de vida saludables, esto se iba a mantener y que iban a continuar como grupos comunitarios, sin embargo, lo que se observó es que al poco tiempo se dejó de estar con ellos se desintegraron los grupos.

En una segunda etapa, se incluyó como elemento clave en el modelo de formación de promotores de salud gerontológicos (PG) entre las personas en proceso de envejecimiento (mayores de 45 años) de la comunidad, lo anterior para propiciar un efecto multiplicador “entre pares”.

Los profesionistas solo participaban como coordinadores de grupos de ayuda mutua (núcleos gerontológicos), quienes los asesoraban para que compartieran las estrategias de autocuidado y ayuda mutua y autogestión “entre sus pares” para lograr al máximo de funcionalidad, salud, desarrollo social, bienestar y calidad de vida.

En 2015 se incluyeron dos componentes (generatividad y resiliencia), con el propósito de fortalecer el empoderamiento y la adherencia de las personas en proceso de envejecimiento al programa comunitario, para que de manera razonada e independiente (emancipación), implementen y apliquen estrategias para potenciar capacidades físicas, psicológicas y sociales, a través de la adopción de estilos de vida saludables y uso óptimo de las redes de apoyo social formales e informales y ejercicio de la ciudadanía, para alcanzar el máximo de funcionalidad, salud, bienestar y calidad de vida. (Ver esquema min. 56:10)

Desafíos:

1) Erradicar las representaciones sociales negativas y discriminatorias del envejecimiento (45 años y más) y la vejez (viejismo) incompatibles con el envejecimiento activo, 2) Reconocer el capital social que representa la población en proceso de envejecimiento y envejecida (60 años y más) para su propio desarrollo. De ser posible incentivar los programas comunitarios con estímulos económicos, 3) Formación de recursos humanos en el ámbito gerontológico para potenciar las capacidades intrínsecas de las personas en proceso de envejecimiento y envejecidas, para mantener el máximo de funcionalidad, salud, bienestar y calidad de vida, 4) Propugnar por el establecimiento de políticas públicas que impulsen la Gerontología Comunitaria, 5) Propugnar por el establecimiento de un Plan Nacional Gerontológico en México, que reconozca la relevancia de la Gerontología



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Comunitaria, y **6)** Promover el desarrollo de modelos de Gerontología Comunitaria para las diferentes poblaciones de personas en proceso de envejecimiento y envejecidas, considerando el espacio, tiempo y desarrollo tecnológico.

Dra. Hortensia Reyes Morales, “Abordaje de la atención primaria en envejecimiento”.

La atención primaria, ha sido conceptualizada desde la “OMS”, la cual es la respuesta en la que se combina de forma segura eficaz y socialmente productiva la promoción y la prevención, los cuidados y asistencia, uniéndolos en el punto de interacción entre la población y el sistema de salud.

La provisión de servicios de salud con el propósito de cumplir con una centralidad en la persona de manera integral, mediante equipos multidisciplinarios, con continuidad y coordinación en la atención, focalizado en las necesidades de salud y como un punto de acceso sistemático al sistema sanitario, lo que va a permitir ofrecer servicios de una manera mucho más adecuada a las necesidades de la población.

La atención primaria tiene atributos muy importantes, como son: **1)** Servicios de salud concentrados en la persona y su familia, **2)** Atención individual, familiar y comunitarias, **3)** Promoción de la salud, prevención curación o control de enfermedades, y **4)** Primer contacto al sistema de salud.

Una característica esencial y que en muchos sistemas de salud es aún incipiente (incluyendo México), es la relacionada con la participación de los usuarios de los servicios (personas, familias) en la toma de decisiones para su atención y en su autocuidado, en colaboración con el equipo de salud, para responder a sus necesidades de salud.

Los servicios de salud deben responder a necesidades múltiples que incluyen una variedad de condiciones de salud y determinantes que generan diferentes grados de impacto: como son: **1)** Vulnerabilidad propia del envejecimiento, **2)** Alta prevalencia de enfermedades crónicas que con frecuencia se presentan con comorbilidades: necesidades complejas de resolver por los servicios de salud.

El contexto de la atención primaria para la atención del envejecimiento, incluye una serie de complejidades para los propios servicios de salud, mismos que nuevamente la vulnerabilidad se empalma con los problemas de los servicios de salud y con barreras personales, familiares y sociales, que generan dentro del contexto del propio sistema una situación que debe ser considerada, ya que



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

requiere una infraestructura muy pensada para las necesidades de estas personas en unidades de atención, además los recursos comunitarios a veces no son adecuados para dar la atención, también la excesiva demanda por la carga de morbilidad que las personas mayores tienen, hace más complejo el contexto, si también se toma en cuenta dentro del propio servicio de salud la calidad de atención en fundamental, debido a que requiere las competencias, valores y actitudes del personal de salud, misma que es necesaria para dar una respuesta adecuada al envejecimiento.

¿Qué modelo de atención primaria se requiere para la atención al envejecimiento?, **1)** Enfatizar en el enfoque integrador hacia la persona y no hacia la enfermedad, **2)** Requiere la atención multidisciplinaria con decisiones compartidas, ya que no solo involucra al médico, sino a un grupo de profesionales de salud, como: enfermera, farmacéutico, psicólogo, Fisioterapeuta, nutricionista, etc. **3)** Lograr la continuidad de la atención, **4)** La coordinación entre niveles y **5)** La promoción de auto-cuidado.

De tal manera que el modelo de atención integral, implica un compromiso del sistema de salud para otorgar servicios centrados en la atención primaria, como un eje coordinador de toda la atención dentro del sistema, los equipos multidisciplinarios, mismos que deben ser integrados y considerados para fines de contratación del personal para continuidad de la atención de los recursos humanos disponibles, pero también tener una disponibilidad de unidades de atención especializada para el momento para el momento que ésta se requiera, favorecer los recursos comunitarios, para poder apoyar a las personas en su autocuidado, así como que se logre la atención centrada en la persona, familia y comunidad.

¿Por qué es importante la atención primaria en el envejecimiento?, hay mucha evidencia de que la atención primaria genera mejores resultados en salud, favorece el envejecimiento saludable, permite un mejor control de enfermedades crónicas y por ende mejor calidad de vida, también favorece la equidad en salud, misma que debe de ser uno de los objetivos fundamentales del sistemas de salud en términos de un acceso efectivo a los servicios y una mejor calidad de atención.

Reflexiones:

1) Con servicios sólidos de atención primaria es posible efectuar una evaluación integral de las condiciones de salud y prevenir progresión de daño, mejorando el estado funcional de las personas mayores, **2)** Un gran reto será la implementación de servicios de atención primaria que incluyan a las personas mayores y sus



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

familias en la toma de decisiones para su manejo, y **3)** La evolución hacia un modelo de atención primaria para el envejecimiento constituye la base para dar respuesta a las necesidades de salud de la población y brindar oportunidades de una vida saludable.

Dr. Raúl Medina Campos., “Desarrollo de competencias geriátricas en médicos”.

De acuerdo con datos consultados hasta la segunda semana de septiembre, en donde se reporta que en México se tienen 669 geriátricos con certificación vigente por el “Consejo Mexicano de Geriátrica”, lo cual equivale a la encuesta censal más reciente del “INEGI” a 0.5 geriátricos por cada 10 mil personas de 60 años o más, en enero del 2020 77 nuevos geriatras sustentaron su examen de certificación, también en marzo del 2020 el ciclo anual de residencia en geriatría comenzó con 138 plazas de residencias, actualmente se cuenta con más de 30 sedes hospitalarias con programa de residencia en geriatría.

A lo largo del tiempo, la realidad es que la oferta de plazas de geriatría por cada edición del examen nacional de aspirantes a las residencias médicas ha aumentado, sin embargo, se está muy lejos de tener un número suficiente, en virtud de que en el 2012 el número de plazas ofertadas fue de 82, después se redujo gradualmente, sin embargo, se ha vuelto a incrementar y en la última edición del 2019 para iniciar ahora en marzo del 2020 hubieron 138 plazas, de las cuales 132 eran para personas mexicanas y 6 plazas eran para personas de nacionalidad extranjera.

Hoy en día no se sabe cuántos geriatras se necesitan, debido a que la “Sociedad Británica de Geriátrica” en 2013 emitió la recomendación de un geriatra por cada 50 mil habitantes o uno por cada 4 mil personas de más de 75 años de edad en la población, 4 años después la misma sociedad dijo que aunque ese número había sido ampliamente citado por múltiples publicaciones y organismos internacionales, la realidad es que no tenía un fundamento claro y decidió retirar esa recomendación.

El “Departamento de Servicios de Salud y Humanos” de EEUU en el 2017, dice que el 30% de personas mayores requieren atención por geriatra y que la capacidad de atención por un geriatra es igual a 700 casos.

A nivel global el país que tienen más geriatras por 10 mil habitantes de más de 65 años, es el Reino Unido, lo cual es lógico, debido a que se considera a éste país como la cuna de la geriatría en el mundo y seguido de Francia, EEUU e Italia,



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

México se encuentra en el rango del 0.5 geriatras por 10 mil habitantes, en este caso de más de 60 años.

La cuestión por la que no se acaba de saber exactamente cuántos geriatras se necesitan, se debe a que el rol del geriatra es muy diverso, ya que el geriatra como personaje de atención médica, puede ejercer en: un escenario hospitalario, la comunidad, en unidades de rehabilitación, en establecimiento de cuidados a largo plazo y en atención médica a domicilio.

La realidad es que el número de geriatras actual es y continuará siendo insuficiente, por lo que la recomendación la "OMS" es el de adaptar el sistema de salud a las necesidades de las personas mayores, ya que no basta con sensibilizar, es necesario desarrollar competencias de atención a personas mayores en todo el personal de salud, tanto activo como en etapa de formación, así como "geriatrizar" los servicios de salud.

Tampoco se tiene claridad sobre cuál es la mejor manera de desarrollar competencias geriátricas en el personal de salud "no geriatra", sin embargo, una de las pistas que probablemente esté cobrando más fuerza y que seguramente ahora con la entrada de la década del envejecimiento saludable que se publicó en el 2015, mismo que consiste en fomentar y mantener la capacidad funcional que permita el bienestar en la vejez, y que se entiende como la suma de: todas las características de salud, características biológicas y personales, y que conforman todo aquello que le permite a la persona "ser y hacer" en su vida cotidiana.

La "OMS" propone un modelo de atención para personas mayores, enfocado en desarrollar la capacidad intrínseca, ya que asume que a lo largo del curso de la vida, la capacidad funcional alcanza un máximo alrededor de la vida adulta y luego comienza a reducirse de manera gradual y lo mismo sucede con la capacidad intrínseca, por lo que propone que las intervenciones de los servicios de salud se enfoquen en desarrollar al máximo la capacidad intrínseca y funcional y cuando ésta comience a reducirse se intente preservarla en la medida de lo posible.

Para tratar de preservar esa capacidad intrínseca, se debe de enfocarse en seis dominios clave de la capacidad intrínseca, como son: la capacidad locomotriz, la vitalidad, la capacidad visual, la capacidad auditiva, la capacidad cognitiva y la capacidad psicológica, son dominios amplios, que engloban aquellas funciones del individuo que tienen que ver con: su interacción con el medio, además de ser necesarias para la toma de decisiones, que confieren bienestar emocional y que le permiten moverse y desplazarse y que le permiten tener apropiada nutrición y metabolismo.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Para poder evaluarlas la “OMS” propone que el personal de salud de cualquier tipo, en especial en atención primaria, deberían ser capaces de detectar lo siguiente: deterioro cognitivo, pérdida de movilidad, nutrición deficiente, discapacidad visual, pérdida auditiva y síntomas depresivos.

De acuerdo a una propuesta de una universidad de EEUU que se enfoca en identificar un set de competencias específicas como el mínimo que debería de desarrollar cualquier persona que trabaja con personas mayores, son: **1)** Diferenciar entre envejecimiento “normal” y “anormal”, **2)** Evaluar capacidad funcional con base en actividades básicas de la vida diaria, **3)** Identificar situaciones en las que las recomendaciones estándar de diagnóstico y tratamiento deber ser modificadas para una persona mayor, **4)** Identificar medicamentos que deben evitarse o usarse con precaución en personas mayores, **5)** Diferenciar entre distintos tipos de incontinencia urinaria, **6)** Reconocer riesgo de caídas con base en los antecedentes, **7)** Evaluar el riesgo de caídas usando una herramienta de evaluación de marcha y balance, **8)** Evaluar es estado cognitivo, **9)** Diferenciar las presentaciones clínicas de delirium, demencia y depresión en personas mayores, **10)** Conocer las indicaciones y los riesgos de los antipsicóticos en personas mayores, **11)** Anticipar e identificar riesgos de hospitalización en personas mayores, **12)** Evaluar y tratar el dolor crónico en personas mayores, **13)** Conducir de manera efectiva discusiones sobre las metas de tratamiento en todos los escenarios, **14)** Conducir de manera efectiva discusiones sobre los cuidados al final de la vida y **15)** Planificar apropiadamente el egreso y procurar transiciones seguras entre escenarios de atención.

Las recomendaciones que hizo la “OMS” en 2016, para el personal de salud para poblaciones envejecidas, son: **1)** Capacitar a todo el personal de salud en gerontología y geriatría, **2)** Incluir competencias geriátricas en todos los programas de formación en medicina y salud, **3)** Subsanan la necesidad de geriatras y desarrollar unidades geriátricas para casos complejos y **4)** Introducir nuevas figuras en el personal de salud y ampliar las funciones del personal existente para coordinar la atención y asesorar en autocuidado.

Conclusiones:

1) El número de geriatras es y continuara siendo insuficiente, **2)** Es necesario que el personal de la salud desarrolle competencias geriátricas para mejorar la atención de personas mayores, **3)** Incluir geriatría en programas educativos de pregrado en ciencias de la salud, **4)** Aumentar el número de sedes y plazas de residencias en geriatría, **5)** Se debe fortalecer el “Programa Atención Integrada”



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

para Personas Mayores” llamado “**ICOPE**” de la “OMS”, Y 6) Recordar que el “**INGER**” tiene una oferta de educación continua que promueve el desarrollo de competencias geriátricas.

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante
Secretaria Adjunta

Para visualizar la sesión completa con su discusión favor de acceder al sitio www.anmm.org.mx