

Nonagenarios: del nihilismo médico al qué hacemos con ellos

José Manuel Ribera Casado

Catedrático de Medicina. Hospital Clínico. Madrid.

Cuando se habla en términos de futuro de lo que se prevé pueden ser «las grandes epidemias del siglo XXI» los expertos suelen referirse a las demencias, a la diabetes mellitus tipo 2, a determinados trastornos cardiovasculares como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca o la cardiopatía isquémica, o a la osteoporosis. Son procesos que plantean problemas clínicos no resueltos, pero cuyo nexo común más destacado es probablemente el aumento exponencial que presentan tanto su incidencia como su prevalencia en relación con la edad. Otro elemento común es que suelen determinar un grado mayor o menor de limitación funcional física, psíquica y, en muchas ocasiones, social. Pueden ser certeramente calificadas como enfermedades de la persona mayor.

Por ello, resulta fundamental asumir las reglas del juego. Saber en qué contexto nos estamos moviendo. Y nuestro contexto es el de una sociedad envejecida, con una tasa de natalidad inferior en muchos lugares de España a 1,1 hijos por mujer, lo que nos sitúa en la cola del mundo, y con una esperanza de vida de las más altas dentro de los países desarrollados. Al día de hoy el 16,5% de españoles tiene más de 65 años. La expectativa de vida a esa edad es todavía de 20 años para las mujeres y de casi 16 para los varones^{1,2}. Conviene recordar que, en 1960, la proporción de personas mayores de 65 años era justamente la mitad, el 8,2%. Este aumento de población también se produce en las edades más avanzadas. Si nos ceñimos a los nonagenarios, objeto de un interesante trabajo en el presente número de la revista³, los datos del padrón municipal de 1996 indican una cifra superior a los 175.000. Las previsiones para el año 2020 establecen que más de 340.000 personas habrán cumplido los 90 años en esa fecha⁴.

Los 65 años no pasan de ser un simple corte administrativo. En términos de salud, los problemas crecen de forma exponencial a partir de esa edad. Y la salud es la máxima preocupación de los mayores de acuerdo con todas las encuestas, sea cual fuere el parámetro que se utilice en la formulación de la pregunta^{5,6}. Las razones para ello son obvias. Alrededor de un 25% de los mayores de 65 años presentan alguna limitación física para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. Entre un 5 y un 10% sufre grados variables de deterioro cognitivo. Son tasas que crecen progresivamente en octogenarios y nonagenarios.

Procesos crónicos como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las artrosis, la enfermedad respiratoria crónica, la cardiopatía isquémica o las enfermedades relacionadas con los órganos de los sentidos alcanzan prevalencias superiores al 25%, llegando, en algunos casos, a superar el 75%. Todas estas cifras se acentúan con la edad, pudiendo dupli-

car en los nonagenarios las tasas halladas entre los 65 y los 70 años. A ello hay que añadir la altísima frecuencia con la que este colectivo está expuesto a los llamados «grandes síndromes geriátricos», algo que ha sido calificado como los «gigantes» de la geriatría, pero a lo que apenas se ha dedicado atención en los textos médicos y en la formación pre y posgraduada. Pensemos en la morbilidad que pueden generar problemas como las caídas, la incontinencia urinaria o fecal, el síndrome de inmovilidad, los trastornos del sueño, los relativos a la nutrición, etc.

Las epidemias, las limitaciones funcionales, los síndromes geriátricos, etc., además de sufrimiento, generan costes. Costes directos muy altos (ingresos hospitalarios, consumo de fármacos) y costes indirectos no menos importantes, en la medida en que dan lugar a que aparezca la figura del cuidador y obligan a plantear programas de residencias, de atención a domicilio, de centros de día, entre otros. Cabe añadir que la tendencia a la disolución de la familia hace que el problema tienda a crecer. Al inicio de los años noventa el 21,3% de los mayores de 80 años vivían solos⁷, con tasas que en el caso de las mujeres mayores de 75 años alcanzan el 28%⁸. Esta proporción va a crecer de forma notable en los próximos años si nos guiamos por lo que ocurre en los países de nuestro entorno. Así, en Francia viven solas el 59% de las mayores de 75 años y en Italia el 69%⁸. El estudio longitudinal de Berlín eleva esta cifra hasta el 70% del conjunto de mayores de ambos sexos⁹. Una última reflexión en esta línea es la derivada del hecho de que alrededor de la cuarta parte de esta población es analfabeta funcional⁷, aunque en este campo los cambios son más favorables.

Probablemente, lo más grave es que existe evidencia muy abundante de que nuestra población mayor es víctima de una discriminación tanto en el plano social como en el sanitario¹⁰. *Ageism* (ageísmo o etatismo) es la expresión acuñada en lengua inglesa para definir esta situación desde el punto de vista médico¹¹. Algunas voces muy recientes incluso no tienen reparo en sugerir la conveniencia de oficializar esta discriminación¹².

Quizá lo más triste es que haya tenido que ser la economía —el enorme gasto generado por los problemas de salud de los mayores y por la necesidad de regularlo— el principal camino para que aflore esta cuestión y se le busquen soluciones. Hasta no hace mucho se ignoraba la afectación del paciente mayor. Especialmente si, como ocurre en el trabajo que da origen a estos comentarios³, se trataba de los muy mayores. Su enfermedad se atribuía a la edad y se consideraba irrecuperable. La idea de que vejez y enfermedad no son términos sinónimos apenas se está incorporando en estos momentos y con grandes resistencias al acervo médico.

La realidad es muy otra. El proceso de envejecer genera cambios en el organismo, unos fisiológicos, otros derivados de la enfermedad previa y de factores ambientales, pero todos ellos con el denominador común de ir minando los sistemas de reserva y hacerlo más vulnerable ante cualquier tipo de agresión externa. Pese a ello, hoy sabemos que los problemas clínicos, diferentes en muchos aspectos de los que presentan los jóvenes, con mucha mayor repercusión funcional y en la calidad de vida, pueden ser abordados y en buen número de casos resueltos con éxito.

La geriatría, reconocida oficialmente como especialidad en España desde 1978, no se ha enseñado hasta ahora en nuestras facultades de medicina, y las resistencias para su incorporación a la medicina hospitalaria son enormes. Es frecuente escuchar de boca de los responsables más altos de las distintas administraciones sanitarias frases como «si meto geriatría los hospitales se me llenan de viejos» o «para qué quiero geriatras si me sobran internistas». Los argu-

Correspondencia: Dr. J.M. Ribera Casado.
Departamento de Medicina. Hospital Clínico.
Prof. Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid.

Recibido el 18-10-2000; aceptado para su publicación el 30-10-2000

Med Clin (Barc) 2000; 115: 697-698

mentos para desmontar estas afirmaciones son fáciles y múltiples^{13,14}. Algunos proceden incluso de revistas de primer nivel dentro del campo de la medicina interna¹⁵. A título de muestra cabe decir con los datos en la mano que los servicios de geriatría hospitalarios, allá donde existen, funcionan mucho más como gestores de altas que no de ingresos, y que contemplados desde la vertiente económica ahorran bastante dinero al sistema sanitario, además de mejorar la calidad de atención a aquel subgrupo de pacientes ancianos que mayores problemas plantean.

El objetivo debe ser racionalizar la atención al mayor y estudiar las fórmulas más eficaces para lograrlo. Entre otras cosas, eso implica dotarla de una profesionalización de la que hoy carece mayoritariamente. El profesional conoce mejor el problema y va a resultar especialmente útil en los casos de mayor complejidad. Asumir también, como bien ha entendido la institución del Defensor del Pueblo, que los problemas médicos se implican con los sociales y que la búsqueda de soluciones debe plantearse de una forma conjunta¹⁶, algo en lo que también se está trabajando en algunos lugares de España¹⁷.

Los interrogantes en el campo más directamente médico son también muy numerosos. Así se explica que el envejecimiento y sus problemas derivados fuese el tema elegido por los editores de 80 de las revistas más importantes del mundo, entre más de 200 propuestos, para ser abordado conjuntamente por todas ellas durante el mes de octubre del año 1997¹⁸. También lo entiende así la Comisión Europea que ha incluido el envejecimiento entre las 6 cuestiones prioritarias para su V Programa Marco de actuación sobre investigación y desarrollo tecnológico correspondiente al período 1998-2000.

En este contexto hay que felicitarse de la aparición de trabajos como el de Formiga et al³ que buscan profundizar en las implicaciones entre problemas clínicos y funcionalidad, máxime cuando el énfasis se pone en el colectivo de los mayores de 90 años donde este tipo de estudios son muy escasos. Son temas en los que están comprometidos varios grupos españoles¹⁹⁻²¹ y cuya trascendencia en Europa ha sido resaltada no hace demasiado tiempo por una publicación del prestigio de *The Lancet*²², donde en un editorial se nos recuerda algo tan simple y tan profundo como que «la calidad de vida y la independencia de la persona mayor vienen determinadas por algo más que por la afección o no del sistema musculoesquelético». Ojalá todo ello contribuya a

potenciar tanto en forma asistencial como en la investigación básica y aplicada un campo tan precario como es el de la salud de la persona mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico 1999. Madrid, 2000.
2. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Geriatría xxi. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Edimsa, 2000.
3. Formiga F, López Soto A, Sacanella E, Jacob J, Masanés F, Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 695-696.
4. Fernández Cordón JA. Proyecciones de la población española. *Papeles de economía española*. Vol 77, 1998.
5. CIRES. Tercera edad. Boletín CIRES. Mayo, 1992.
6. Encuesta Nacional de Salud, 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
7. Ministerio de Asuntos Sociales. Plan Gerontológico Nacional. Madrid, 1992.
8. Portrait Social de L'Europe. Eurostat, 1998.
9. Baltes PB, Mayer KU. The Berlin Aging Study. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
10. Ribera Casado JM. Paciente anciano y atención sanitaria. ¿Un paradigma de discriminación? En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Edimsa, 1995; 19-32.
11. Currie CT. Doctors and ageism. *Br Med J* 1987; 295: 1586.
12. Williams A. Conferencia inaugural del curso 2000-2001. Facultad de Ciencias Políticas y Empresariales. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra. *Diario Médico* (29-9-2000); 4.
13. Ribera Casado JM. El papel de las Unidades geriátricas de agudos en los hospitales generales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994; 29 (Supl 2): 13-16.
14. Guillén Llera F, Ribera Casado JM. Situación y perspectivas de la asistencia geriátrica hospitalaria en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32: 236-238.
15. Cassel CK. In defense of a department of geriatrics. *Ann Intern Med* 2000; 133: 297-301.
16. Defensor del Pueblo. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid, 1999.
17. Fontanals MD, Martínez F, Vallés E. Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa "Vida als anys". *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30: 189-199.
18. Winker MA. Ageing: a global issue. *JAMA* 1997; 278: 1377-1378.
19. Alarcón Alarcón T, González Montalvo JI, Bárcena Álvarez A, Salgado Alba A. Estudio predictivo de las necesidades sociales al alta hospitalaria y a los seis meses en ancianos ingresados por enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33: 209-218.
20. Valderrama Gama E, Molpeceres García del Pozo J. Seguimiento a largo plazo de los pacientes ingresados en una unidad de media estancia o convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33: 67-72.
21. Serra JA, Vidan M, Moreno C, Martín J, García D, Ortiz J. Eficacia a medio plazo del tratamiento geriátrico hospitalario agudo en ancianos con fractura de cadera. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33 (Supl 1): 28.
22. Reducing disability among the elderly in Europe [editorial]. *Lancet* 1997; 350: 1261.