

# Nuevas tecnologías, nuevos problemas. Repercusión sobre la geriatría

**Pau Sánchez-Ferrín**

*Director Asistencial. Centro Sociosanitari de L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.*

Correspondencia: Pau Sánchez Ferrín.

Avda. Josep Molins, 29-41. 08906 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Correo electrónico: Pau.Sanchez@sanitatintegral.org

### Resumen

Los países desarrollados presentan un progresivo envejecimiento de la población. Las nuevas tecnologías pueden ser útiles al anciano, pero hay una discriminación en su utilización por criterio de edad.

En este artículo se revisan discriminaciones al aplicar los avances en geriatría, el acceso a la alta tecnología y la participación en ensayos clínicos.

La valoración geriátrica integral es un instrumento que puede ser de ayuda en la gestión de recursos.

**Palabras clave:** Anciano. Tecnología. Valoración geriátrica integral.

### Abstract

Populations in developed countries are rapidly growing older. New technology can help the elderly but there is discrimination on the grounds of age criteria.

The present article reviews discrimination in the application of advances in geriatrics, access to high technology and participation in clinical trials. Comprehensive geriatric assessment is an instrument that can be useful in resource management.

**Key words:** The elderly. Technology. Comprehensive geriatric assessment.

Con frecuencia, se hacen manifestaciones en relación con las dificultades que pueden tener los sistemas de salud para mantener el coste sanitario creciente. La atención a una población cada vez más envejecida ha hecho pensar a algunos especialistas que se debe discriminar a los más ancianos en beneficio de los más jóvenes<sup>1,2</sup>.

Sabemos que los cambios demográficos actuales comportan modificaciones en las pirámides de población de los países desarrollados. Además de encontrar un aumento de personas de edad avanzada, éstas van a presentar pluripatología, una alta prevalencia de enfermedades discapacitantes, como la demencia, las afecciones cardiovasculares o del sistema muscular esquelético; también hay un grupo de personas que, a pesar de su muy avanzada edad, envejecen de forma satisfactoria<sup>3</sup> y nos exigen más información y una mayor participación en la toma de decisiones.

El aumento de la esperanza de vida crea unas expectativas, a veces divergentes, sobre las consecuencias del envejecimiento. Algunos autores piensan que puede aparecer una "pandemia" de discapacidades, ya que al incremento del envejecimiento de la población habrá que sumar una mayor proporción de ancianos afectados de enfermedades incapacitantes<sup>4</sup>. Otros autores más optimistas han demostrado que en los grupos de población en los que se logra un control de los factores de riesgo se consigue una "compresión de la morbilidad", de tal forma que las enfermedades incapacitantes aparecen en los últimos años de la vida, y aumenta la esperanza de vida libre de discapacidad<sup>5</sup>.

La aparición de nuevas tecnologías ha provocado una cierta dificultad para aplicarlas a las personas ancianas. Bá-

sicamente, se trata de una discriminación en su aplicación únicamente por criterios de edad. Por ejemplo, se pueden constatar ciertas dificultades para que los ancianos accedan a unidades provistas de alta tecnología, como las unidades coronarias y de cuidados intensivos<sup>6</sup>. También hay dificultades para dar prioridad a los pacientes ancianos en la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas de alta tecnología. Finalmente, la realización de ensayos clínicos en que participen estas personas de edad avanzada es infrecuente.

La discriminación de los ancianos no sólo afecta a la alta tecnología, sino también a la hora de aplicar los últimos avances en geriatría. Un artículo recientemente publicado en el *British Medical Journal*<sup>7</sup> comenta, entre otros aspectos, algunos de los últimos avances a tener en cuenta en la medicina geriátrica. Por ejemplo, se recuerda que diversos estudios científicos demuestran que el tratamiento con estatinas en los ancianos reduce el riesgo de ictus y enfermedad coronaria, pero en la práctica clínica habitual en muchas ocasiones no llega a determinarse las cifras de colesterol en muchos ancianos. Otro de los avances sería los beneficios que presenta el tratamiento de los mayores de 65 años con calcio y vitamina D, ya que se ha comprobado que conlleva una disminución del riesgo de fracturas, aunque tampoco suele ser un tratamiento habitual en los ancianos. Otro de los avances considerados son los beneficios obtenidos por las unidades de ictus en los hospitales de agudos frente a la atención convencional, ya que se ha comprobado que disminuyen la institucionalización de larga estancia, la dependencia y el riesgo de muerte. A pesar de estos beneficios, ha habido un escaso desarrollo de estas unidades.

Los geriatras utilizan una tecnología relativamente sencilla a la hora de evaluar a sus pacientes, la valoración geriátrica integral, o sea, una visión biopsicosocial del paciente. En la década de los ochenta proliferaron en Estados Unidos las unidades de valoración geriátrica, en especial después de los primeros ensayos clínicos en los que se demostraban múltiples beneficios frente a la atención hospitalaria convencional. Un artículo publicado en la *Annals of Internal Medicine*<sup>8</sup>, en 1987, consideraba estas unidades como una “tecnología” de los geriatras y aconsejaba valorar sus resultados con más estudios controlados. En este caso, la tecnología de los geriatras es la valoración geriátrica integral.

En cuanto al acceso a unidades provistas de alta tecnología, el ejemplo más conocido lo representan las unidades de cuidados intensivos, donde en muchas ocasiones la edad es un factor limitador para el ingreso. Cada vez más se demuestra que éste no debe ser el único argumento para desestimar un ingreso. Se deben valorar otros aspectos, como el estado de salud previo, la calidad de vida actual y futura, y la gravedad del proceso actual. Es lógico, por tanto, que se desestime un ingreso por criterios “médicos”, pero en ningún caso por la edad biológica<sup>9</sup>.

Hemos comentado la dificultad que los ancianos tienen para acceder a la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas de alta tecnología. Un ejemplo muy claro es lo que ocurre con las enfermedades cardiovasculares, causa frecuente de mortalidad y de discapacidad entre los ancianos. La mortalidad perioperatoria es elevada en estas personas pero, si la selección es adecuada, sabemos que las intervenciones cardiológicas producen beneficios incluso en los grupos de ancianos con más de 75 años. A pesar de estos buenos resultados, se observa una mayor incidencia de las intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas en los pacientes más jóvenes cuando, curiosamente, se trata de una patología más prevalente en los ancianos. Hay una menor tendencia a realizar pruebas diagnósticas, como la ecocardiografía, o sencillas determinaciones de colesterol a los ancianos. Finalmente, se ha comprobado que en los ancianos con patología cardiovascular se realizan más tratamientos médicos que quirúrgicos, y reciben menos tratamientos trombolíticos en ausencia de contraindicaciones<sup>10</sup>.

Los ensayos clínicos con nuevos fármacos no dejan de estar relacionados con la alta tecnología. En muchas ocasiones, las nuevas tecnologías aplicadas a la farmacología permiten sintetizar nuevos fármacos con mayor potencial terapéutico o con menos interacciones y efectos secundarios. La mayoría de las veces los ancianos son excluidos de estos estudios únicamente por criterios de edad, y nos vemos obligados a “probar” su eficacia en esta población en ausencia de estudios específicos. En una revisión<sup>11</sup> de los 225 estudios recibidos en 7 meses por un comité de ética y de investigación clínica del Reino Unido, se advirtió que 65 de ellos excluían a los ancianos por tratarse de temas no relacionados y sólo 5 eran de temas específicos relacionados con el envejecimiento. De los 155 restantes, 90 tenían limitaciones de edad que se consideraron adecuadas en 5 ocasiones (se necesitaba un seguimiento prolongado), pero era inadecuado en 85; además, en algunos casos la limitación de la edad entra-

ba en conflicto con el objetivo del estudio, que en un caso era evaluar el final de vida.

Los geriatras creemos que los avances tecnológicos pueden desempeñar un papel importante en la curación de las enfermedades prevalentes y discapacitantes, o pueden retardar la aparición de la incapacidad y disminuir así el coste sociosanitario de la dependencia. Los criterios de edad no deben utilizarse para valorar la aplicabilidad de la tecnología en los ancianos, sino prevalecer los criterios éticos.

Los geriatras definen a los sujetos a los que deben ir dirigidos los esfuerzos de esta especialidad como pacientes geriátricos<sup>12</sup>, que generalmente tienen más de 75 años, aunque pueden tener incluso menos de 65, presentan varias enfermedades, algunas con una tendencia a la incapacidad y el deterioro mental, y con una problemática social asociada. Esta definición descarta a muchos ancianos que no cumplen estas características.

La actuación profesional del geriatra tiene algunas características específicas: en muchas ocasiones no vamos a “curar” a los pacientes y tendremos que dedicarnos a “cuidarlos”. La actuación profesional no va a ser privilegio del médico geriatra, sino del equipo interdisciplinario. En el manejo de los conocimientos ya no va a ser tan válida la premisa de un síntoma igual a un diagnóstico, porque estamos tratando a personas con múltiples síntomas y diagnósticos (comorbilidad). El diagnóstico de la enfermedad es importante, pero para el geriatra adquiere un papel fundamental la valoración de las “funciones” y las repercusiones psicosociales, en definitiva, la valoración geriátrica integral<sup>13</sup>. Finalmente, la familia también es un objetivo en el tratamiento; con los conocimientos adquiridos en bioética, se intenta que la familia y el paciente participen en la toma de decisiones.

En estos momentos hay diversos ensayos clínicos que han demostrado los beneficios que conlleva valorar a los ancianos en las unidades de geriatría específicas. Un metaanálisis publicado en 1993 encontró los siguientes beneficios: mejoría de la precisión diagnóstica, la ubicación, el estado funcional, afectivo o cognitivo, la reducción de la prescripción de fármacos y los reingresos hospitalarios, y la disminución de ingresos en residencias<sup>14</sup>. Todos estos beneficios apoyan la mejor utilización de los recursos por parte de los ancianos valorados por los equipos especializados.

Una frase muy conocida entre los geriatras es la que hace referencia a la utilización de los diversos niveles asistenciales por nuestros pacientes: “El anciano justo, en el sitio justo y en el momento justo”. La manera en que percibimos la gestión de los recursos y su distribución equitativa es otro de los objetivos de los geriatras.

Hablar de gerontotecnología, o alta tecnología dirigida al tratamiento de las discapacidades de los ancianos, parece todavía lejano. Curiosamente, hemos diseñado ciudades que se han tenido que reformar para eliminar las barreras arquitectónicas y hacerlas accesibles para todo el mundo. Un buen consejo del Profesor Bernard Isaacs, del Centre for Applied Gerontology de Birmingham, nos puede ayudar a recapacitar en todo esto: “Diseña para el joven y excluyes al viejo. Diseña para el viejo e incluyes al joven”.

## Bibliografía

1. Un experto en bioética de EE.UU. defiende limitar el uso de altas tecnologías sanitarias en ancianos. *El País*, 27 de junio de 1996.
2. Fernández C. Hay que discriminar a los viejos para beneficiar a los jóvenes. *Diario Médico*, 29 de septiembre de 2000.
3. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987;237:143-9.
4. Gruenberg EM. The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 1977;55:3-24.
5. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980;303:130-5.
6. De los Reyes M, López MR, López Sendón JL, Martínez E, Sarabia MC. Unidades coronarias en España. Recursos humanos médicos y personal de enfermería. Organización y actividades de formación. *Rev Esp Cardiol* 1991;44(Supl 1):22.
7. Straus SE. Recent advances: geriatric medicine. *BMJ* 2001; 322:86-9.
8. Epstein AM, Hall JA, Besdine R, Cumella E, Feldstein M, McNeil BJ, et al. The emergence of geriatric assessment units. The new technology of geriatrics. *Ann Intern Med* 1987;106:299-303.
9. De los Reyes López M. La unidad coronaria y el anciano cardiópata: la situación en España. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Madrid: Editores Médicos, 1995; p. 47-65.
10. Bowling A. Ageism in cardiology. *BMJ* 1999;319:1353-5.
11. Bayer A, Tadd W. Unjustified exclusion of elderly people from studies submitted to research ethics committee for approval: descriptive study. *BMJ* 2000;321:992-3.
12. Winograd CH, Gerety MB, Brown E, Kolodny V. Targeting the Hospitalized Elderly for Geriatric Consultation. *JAGS* 1988;36:1113-9.
13. Salgado Alba A, González Montalvo I. Importancia de la valoración geriátrica. En: Salgado A, Alarcón MT, editores. *Valoración del paciente anciano*. Barcelona: Masson, 1993; p. 1-18.
14. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.