



## EDITORIAL

## COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir



## COVID-19, older adults and ageism: Mistakes that should never happen again

Francisco José Tarazona-Santabalbina<sup>a,\*</sup>, Nicolás Martínez-Velilla<sup>b</sup>, María Teresa Vidán<sup>c</sup> y José Augusto García-Navarro<sup>d</sup><sup>a</sup> Servicio de Geriatria, Hospital Universitario de La Ribera, Alzira, Valencia, España<sup>b</sup> Servicio de Geriatria, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España<sup>c</sup> Servicio de Geriatria, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España<sup>d</sup> Consorci de Salut i Social de Catalunya, Barcelona, España

El día 31 de diciembre de 2019 las autoridades sanitarias de la República Popular China comunicaron a la Organización Mundial de la Salud varios casos de neumonía de etiología desconocida. Posteriormente se identificó al virus SARS-CoV-2 como agente causal, ubicándose el epicentro del brote en la ciudad de Wuhan, y el 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud lo declaró como pandemia<sup>1</sup>. A 20 de abril, se tiene constancia de 2.418.559 contagios confirmados y 165.741 fallecidos<sup>2</sup>. En nuestro país, a fecha del 19 de abril<sup>3</sup> se habían producido 20.453 fallecidos, de los cuales el 86,1% era en personas de 70 años o más; sin que sepamos aún los datos oficiales en residencias.

Los geriatras somos conscientes de que el motivo de esta alta mortalidad en adultos mayores puede atribuirse a la elevada comorbilidad; alta prevalencia de demencia y síndromes geriátricos (especialmente entre los institucionalizados); mayor prevalencia de fragilidad y vulnerabilidad a eventos adversos, discapacidad y dependencia, vinculadas a la disminución de la reserva fisiológica, a una menor capacidad intrínseca<sup>4</sup> y a una menor resiliencia. Esta situación favorece una mayor frecuencia de manifestaciones severas, necesidad de ingreso en UCI y letalidad en pacientes de edad avanzada<sup>5</sup>.

Este perfil de persona con una mayor complejidad se encuentra en mayor medida en las residencias y centros sociosanitarios, donde habitan entre el 4 y el 6% de los adultos de 70 o más años. La presencia de síntomas atípicos con la tasa de falsos negativos en la PCR del aspirado nasofaríngeo, sumado a los brotes en residencias de la tercera edad, son causas de infradiagnóstico en esta población de pacientes<sup>5</sup>.

La mayor parte de las residencias en nuestro país pertenecen al sector privado y el control de su actividad y los conciertos de la administración pública con las mismas ha dependido en la mayor

parte de los casos de las consejerías autonómicas de bienestar social. Hablamos de un recurso administrativamente social que asocia un componente sanitario y que dispone de personal cualificado contratado a tal fin, pero que habitualmente no cubre las 24 horas del día, y que no está concebido como un centro hospitalario, no disponiendo en muchas ocasiones de espacios habilitados para realizar un aislamiento adecuado. Por ese motivo la prevención de la entrada del SARS-CoV-2 es tan importante en dichos centros, así como el aislamiento de los casos positivos, como ya puso de manifiesto la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología en el documento que remitió al Ministerio de Sanidad el pasado 24 de marzo de 2020 (Las residencias y centros sociosanitarios son el recurso más vulnerable ante el coronavirus y requieren nuestro apoyo y acciones urgentes de protección) y que fue redactado conjuntamente por geriatras del ámbito hospitalario y residencial.

Esta situación, junto al caos provocado por el pico de casos durante las primeras semanas del brote epidémico –especialmente en algunos territorios autonómicos– obliga al establecimiento de protocolos adecuados de derivación desde residencias a sus hospitales de referencia y de ingreso del adulto mayor en UCI. Solo así garantizaremos, tras la pandemia, los principios de equidad en el diagnóstico y tratamiento, la correcta atención y unas directrices claras de derivaciones y cuidados apropiados. De esta forma se evitará, en sucesivos episodios similares a los vividos, la aplicación del criterio de edad cronológica (sobre el de edad biológica) para desestimar ingresos en unidades específicas como la UCI.

Desde el inicio de la pandemia, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología se ha posicionado contra el edadismo y ha redactado y firmado documentos como las «Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis de COVID-19»<sup>6</sup> y «Recomendaciones sobre decisiones éticas e ingreso en UCI en situación de crisis Covid-19»<sup>7</sup> con el fin de evitar que la inercia del anticuado concepto de edad cronológica se antepusiera al de edad biológica. En este sentido, una figura clave en la derivación desde residencias a hospital

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Tarazona\\_frasan@gva.es](mailto:Tarazona_frasan@gva.es) (F.J. Tarazona-Santabalbina).

y del ingreso en UCI del adulto mayor hospitalizado es el geriatra. Como por otra parte lo ha sido y es en la toma de decisiones en ortogeriatría, oncogeriatría y cardiogeriatría a pesar de la escasa consideración e implantación que tienen estas unidades eficientes. La figura del geriatra se ha complementado de manera excelente tanto con los médicos de atención primaria como con los diferentes especialistas que han atendido a estos pacientes. Cabe destacar el aporte de los equipos multiprofesionales que en numerosos entornos han surgido, englobando muy diferentes especialistas, que en el contexto del brote epidémico se han visto obligados a abandonar sus tareas específicas y trabajar en un entorno diferente al de su dinámica habitual.

Es hora de aunar esfuerzos en la lucha contra el COVID-19, sin olvidar que el día después de la victoria será necesaria una auditoría que responda a las preguntas claves sobre dónde estuvieron los fallos en la prevención, en el abastecimiento de los equipos de protección individual y en la dispensación de los fármacos que, casi por empiria, fueron demostrando cierta eficacia. Y en ese día posterior deberemos analizar también el porqué, en pleno siglo XXI, con el soporte científico que tiene la actividad geriátrica y el peso de la edad biológica en la toma de decisiones, la inercia caduca de la edad cronológica se ha impuesto al conocimiento.

Se lo debemos a la sociedad, especialmente a esa generación de supervivientes que ha visto cómo un número muy considerable de sus miembros han muerto aislados sin poder despedirse de sus familias. Recordémosles y evitemos, en nuevos brotes, buena parte del sufrimiento que han padecido en esta primera oleada de la pandemia. Se lo debemos a una generación que vivió la guerra civil, o la posguerra, la dictadura y las diferentes crisis económicas. Y esa generación ha visto, en algunos casos, cómo desde las instituciones sanitarias se ha alentado a las residencias a no remitirlos a los hospitales; al tiempo que no se dotaba a las residencias de los recursos adecuados para protegerlos y tratarlos. También es el momento de plantearnos nuestro papel como geriatras en un mundo tan apocalíptico como el que estamos viviendo. Estamos acostumbrados a que esta sociedad, hasta ayer hedonista –aún no sabemos como se comportará en el futuro–, no encuentre hueco para las personas mayores. Ante el *Ubi major minor cessat*, Cesari y Proietti<sup>8</sup> plantean que las drásticas decisiones tomadas durante esta emergencia sanitaria no justifican la pérdida de atención a los valores de la persona. Estamos totalmente de acuerdo y es el momento de combatir con más firmeza que nunca el edadismo imperante en buena parte de la sociedad y de la profesión médica. No podemos perder más tiempo en controversias inútiles y tenemos que ser más transversales y empáticos que nunca, diseminando entre las otras disciplinas los principios adecuados de la medicina geriátrica. También es el momento de exigir, y ese es el verbo adecuado, la presencia de equipos de atención geriátrica en todas las áreas de salud, incluyendo la atención primaria (donde también es inadmisibles que no

estemos presentes), para difundir nuestros preceptos al tiempo que los ponemos en práctica.

Esto significa que, ante la posibilidad de nuevos brotes, exijamos test (a pesar de sus limitaciones conocidas en cuanto a sensibilidad y especificidad) para los adultos mayores (especialmente los institucionalizados, la parte más débil de nuestro eslabón sanitario), igual que han estado disponibles para otros grupos etarios. Individualicemos, como hacemos en nuestra práctica diaria, a los pacientes que se benefician de la realización de test con muestras procedentes de lavado broncoalveolar; exijamos una verdadera integración de los servicios sanitarios y sociales (independientemente de si hablamos de gestión integrada o compartimentada), con un mapa de las residencias presentes en cada área de salud y la colaboración social y sanitaria con nexos de unión entre ambos. ¿No es hora ya de equipos de valoración geriátrica móviles en cada área de salud para identificar al paciente geriátrico presente en la residencia y ofrecerle un plan de cuidados individualizado?

Nosotros no vamos a cometer el error de satanizar las residencias pero tampoco vamos a permitir que los desaciertos pasados se repitan en nuevos brotes. Es una exigencia, y un precepto ético, dar una atención digna a los adultos mayores. Ha habido una emergencia sanitaria y se han producido equivocaciones, catastróficas en nuestra opinión, perfectamente corregibles con el conocimiento que ya tenemos. Lo imperdonable, y vamos a estar vigilantes, será repetirlos en los próximos meses. Se lo debemos a los adultos mayores, y a la sociedad en su conjunto.

## Bibliografía

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020 [consultado 18 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-sopening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>.
2. Consultado 20 Abr 2020. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus>.
3. Consultado 20 Abr 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion.80.COVID-19.pdf>.
4. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiyagarajan J, Cooper C, Martin FC, Reginster JY, et al. Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018;73:1653–60.
5. Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina FJ, Díez-Villanueva P, Ayesta A, Forés JS, et al. [Coronavirus: the geriatric emergency of 2020 Joint document of the Geriatric Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology and the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology]. *Rev Esp Cardiol*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2020.03.027>.
6. Consultado 20 Abr 2020. Disponible en: <https://www.seggs.es/media/descargas/recomendaciones-residencias-covid-19.pdf>.
7. Consultado 20 Abr 2020. Disponible en: <https://www.seggs.es/media/descargas/CONSENSO-RECOMENDACIONES-UCI-COVID-19.pdf>.
8. Cesari M, Proietti M. Geriatric medicine in Italy in the time of COVID-19. *J Nutr Health Aging*. 2020;24:1–2.