

Urogeriatría

Urogeriatrics

Dr. Osvaldo N. Mazza.

Doctor, no me agrada tomar remedios...; ¿los tengo que tomar siempre? Alégrese, usted tiene 72 años, posiblemente llegó a esta edad gracias a los cuidados y avances de la medicina moderna y con ella los medicamentos. El promedio de vida de la humanidad hasta inicios del Siglo XX no superaba los cuarenta años; en poco más de un siglo los progresos de la medicina han podido duplicar esta edad en los países más avanzados. Vacunas, antibióticos, conductas alimentarias, medicación de la más variada y cirugías han posibilitado que usted llegue a esta edad, y con una aceptable calidad de vida. Este diálogo posible en algunos consultorios médicos podría ser cada vez más frecuente. La humanidad crece a expensas de sus viejos y envejece paulatinamente, lo que representa un triple desafío para el mundo de la medicina. Primero alcanzar la anhelada longevidad y segundo mitigar las carencias y enfermedades que trae aparejada y tercero llevarlo a cabo bajo una mirada antropológica, biológica y humanitaria de quienes nos involucramos en ese proceso.

La gerontología o estudio del proceso natural de envejecimiento y la geriatría, especialidad que estudia las enfermedades en la vejez son disciplinas que en forma creciente toman ingerencia en el mundo de la medicina. A la Urología desde siempre le compete una población permanentemente creciente de adultos mayores, gerontes o menos académicamente "viejos". Sirva como ejemplo el hecho que la Urología es la tercera especialidad consultada luego de la cardiología y la oftalmología. Su patología más paradigmática (la prostática) involucra entre el 70 al 90 por ciento de los adultos mayores con un compromiso de diversa intensidad. Un cálculo efectuado en la Cátedra de Urología de la UBA, basado en cifras de las Semanas de la Próstata 2001 y 2003, transpoladas a cifras del INDEC, permitieron estimar que en el 2006 había en nuestro país un número aproximado de 2.170.000 varones con síntomas del tracto urinario inferior y 2.471.000 pacientes con hipertrofia prostática benigna. De similar forma, la incontinencia de orina y las infecciones urinarias del geronte, son por su alta prevalencia un verdadero problema para la salud pública.

Las enfermedades mencionadas precedentemente, así como el cáncer urogenital y otras, no son privativas de la tercera edad y se encuentran presentes en adultos jóvenes quienes constituyen el modelo sobre el cual se han confeccionado las guías de práctica clínica y protocolos de diagnóstico y tratamiento. Es allí donde se produce el divorcio entre lo deseable y lo aplicable, o lo deseable y lo razonable. Expectativa de vida reducida, despliegue laboral y social acotado, escasa reserva biológica, fisiología diferente, escasos recursos en salud y comorbilidades aumentadas son las insoslayables variantes que nos demuestran que debemos ensayar respuestas diagnósticas y terapéuticas adecuadas para este tipo "nuevo" de paciente.

No sólo los humanos viven más, además su entorno patológico ha cambiado

Profesor Titular de la Cátedra de Urología de la UBA. Jefe de Servicio de Urología del Hospital de Clínicas y del Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

radicalmente. A comienzo del Siglo XX las mayores causas de muerte en mayores de 65 años eran neumonía, influenza, tuberculosis y enteritis; en el Siglo XXI enfermedades cardíacas, cáncer, ACV, EPOC, neumonía, influenza y diabetes. Las enfermedades infectocontagiosas pudieron ser contenidas dando lugar a la morbilidad alimentaria derivada del exceso de ingesta de azúcares refinados (diabetes), sal (hipertensión) y grasas (arteriosclerosis). Estas últimas guardan una estrecha relación con la génesis y aumento creciente de los cánceres de próstata y riñón.

Podremos cuestionarnos ¿por qué diferenciar un tratamiento de un cáncer infiltrante de vejiga estadio T2-3, con un grado celular G3 entre un adulto joven, adulto mayor (de 65 años) y geronte (mayor de 75 años)? La respuesta es que tal como estadificamos la neoplasia debemos estadificar el impacto que el envejecimiento produce en el paciente. Así, de acuerdo con la Sociedad Española de Geriátrica, deberíamos diferenciar un adulto mayor sano, de quien padece comorbilidades agudas o crónicas, de aquellos frágiles con déficit alimentario y/o cognitivo, y de aquellos gerontes con pluripatología. Por cierto, la indicación indiscutida de una cistectomía radical debería ser replanteada en la medida de la discapacidad, comorbilidad o fragilidad. Este proceso de adaptación también compromete las decisiones de progresar o no en el diagnóstico de ciertos tumores (cáncer de próstata, riñón) no sólo en relación con las variables inherentes al envejecimiento, sino también teniendo en cuenta su expectativa de vida. No sólo deberemos estadificar a los pacientes desde el punto de vista de su patología, sino de sus comorbilidades y su vitalidad. Deberíamos familiarizarnos con test de valoración funcional como el CGA "*Comprehensive Geriatric Assessment*" o valoración integral geriátrica. Estos toman en cuenta los tratamientos que podrían afectar la capacidad cognitiva y la fisiología del adulto mayor. Evaluar cómo los tratamientos pueden afectar a ese organismo adecuando el número de medicamentos, reduciendo la sobreprestación, disminuyendo el número de medicamentos, la sobreatención y la hospitalización; para ello se encuentran difundidas escalas que evalúan las funciones básicas, actividades fortalezas y limitaciones como las ADL, Katz, Barthel, Kenny y Lawton.

Este abordaje especializado ha encontrado nichos cada vez más frecuentes en diferentes comunidades de urólogos. Así, la *American Urological Association* tiene su capítulo de Urogeriátrica; igual las Sociedades Españolas y Brasileñas de Urología. Conductas diferenciadas

y protocolos especiales se presentan día a día. La *International Society of Geriatric Oncology* (ISGO) emitió en 2007 la Consulta Internacional Sobre Cáncer de Próstata adoptando conductas adaptadas estadio por estadio para grupos de edades crecientes.

El desarrollo de la Urogeriátrica como un cuerpo de conocimientos y conductas de la Urología general, sin constituir por sí un sub-especialidad, debe ser tenido en cuenta entre los urólogos de práctica general, en especial en aquellos en los que la clínica urológica forma una parte importante de su práctica médica y en los que se encuentran en un período de capacitación.

Convencidos de la necesidad de desarrollar conocimientos y conductas que se hallan disponibles sólo en forma fragmentada en la literatura médica, organizamos el 1er Simposio de Urología Geriátrica en el Hospital Alemán. Para éste, convocamos a urólogos, infectólogos, nutricionistas, geriatras y farmacólogos para integrar el plantel del Simposio con un programa tentativo que abarcaba tan sólo alguno de los problemas que pueden ser encuadrados en la Urogeriátrica como la nocturia del anciano, el manejo mínimamente invasivo de la hiperplasia prostática benigna, la incontinencia en la tercer edad, la diferencia entre envejecimiento y andropausia, el cáncer de próstata y vejiga y otros. Si bien ha quedado una amplia temática sin abarcar, pensamos continuar su exploración y difusión incorporándola a la Carrera Universitaria de Urología.

El desafío reside en explorar respuestas aplicables, ajustadas y éticas para el paciente geriátrico con patología urológica. Se plantean algunos interrogantes que debemos intentar responder. ¿Cómo tratar una enfermedad urológica crónica y evolutiva en la vejez que permita a nuestros pacientes continuar siendo dependientes y socialmente activos?. ¿Cómo minimizar o evitar la cadena de complicaciones multiorgánicas al querer establecer en los gerontes un tratamiento oncológico muy invasivo aprobado y eficaz en pacientes de menor edad?. ¿Cuál será nuestra ingerencia ante el creciente costo de la salud si aplicamos soluciones onerosas que pueden generar a su vez un costo secundario por las enfermedades que ellos desencadenan en el anciano?. ¿Cuál debe ser el protocolo de cuidados y seguimientos en los pacientes con patología urológica crónica?

Un viejo lema reza que "la naturaleza aborrece los espacios vacíos" y podríamos agregar que otros médicos apetecen esos espacios. La Urología debe marcar firmemente su presencia en ellas para que no sigan el destino de otras áreas como la incontinencia de orina femenina, la andrología y el trasplante renal.