

# CARACTERISTICAS DEL PACIENTE GERIATRICO

RODRIGUEZ-VILLAMIL FERNANDEZ, J.L.\*, TEIJEIRO VIDAL, J.\*,  
MEIJIDE FAILDE, R.\*, FERNANDEZ FERNANDEZ, M.\*,  
PERNAS PUENTE-PENAS, J.A.\*

En nuestro Congreso Anual, celebrado recientemente en La Toja, figuraban en su programa oficial dos Ponencias: "Balneoterapia y Rehabilitación" y "Balneoterapia y Geriatria". Todo el contexto de la primera y gran parte de la segunda fue ya publicado en nuestro Boletín (Vol. VIII, Nº 3) y, seguidamente, damos el correspondiente al Profesor Rodríguez Villamil que no pudo hacerse con anterioridad por no haberse recibido a tiempo.

## RESUMEN

*Se destaca que en el anciano es preciso considerar el "terreno" propio de la edad avanzada, la "situación" funcional, psíquica y social, y la "enfermedad" propiamente dicha.*

*En el paciente geriátrico se considera la pluripatología, la peculiaridad de la sintomatología, la tendencia a la cronicidad y las características de sus padecimientos (degenerativos, metabólicos, neoplásicos, etc.) y sus complicaciones.*

## RESUMÉ

*On souligne que chez les vieillards, il est essentiel considérer le terrain propre de la vieillesse; "l'état" fonctionnel psychologique et somatique, et la "maladie" proprement dite.*

*Chez les malades il faut observer des le début, la pluripathologie qu'ils présentent leur tendance à la chronicité, symptomatologie propre, et les différents facteurs dégénératifs métaboliques, néoplasiques, etc., ainsi que les complications.*

## SUMMARY

*A reference is made to the characteristics of the elderly people and the "background", the "state" and the "pathology" are considered which*

*requires complex treatment.*

*In aged patients their polypathology and the special symptomathology of their affections (degenerative, metabolic, neoplastic, etc.) and complications are considered.*

A veces resulta difícil diferenciar los procesos propios del envejecimiento de la enfermedad entendida como tal (enfermedad propiamente dicha).

Resulta igualmente difícil determinar, en un anciano, donde termina lo fisiológico con el deterioro e hipofunción propios de la edad, y donde empieza lo patológico.

Es por esta indefinición, por esta borrosidad de límites, por lo que conviene afirmar ya desde este momento que, no existen enfermedades propias (exclusivas) del anciano; y aunque algunas llevan el apellido, **senil**, como el caso de la demencia senil, el enfisema senil, o la osteoporosis senil, estas mismas enfermedades se pueden padecer en la edad adulta, en la juventud e incluso en la infancia.

Para entender entonces que es lo que ocurre en el anciano hemos de explicar que lo que cambia no es la enfermedad en sí, sino:

— el "terreno de asentamiento", es decir el organismo (y un organismo, como veremos, con características especiales) y

— la "situación", en cuanto a lo funcional,

\* Radiología y Medicina Física. Departamento de Ciencias de la Salud. Hospital Juan Canalejo. Universidad de La Coruña.

psíquico y social.

Por tanto diferenciaremos entre:

— **Anciano**, entendido como sujeto sano añoso con características y situación funcional, psíquica y social, especiales. Estudios longitudinales realizados a la poblacional nacional anciana establecen que existen aproximadamente un 20% que pueden considerarse sanos, es decir ausencia de enfermedad degenerativa, endocrino-metabólica, infecciosa, neoplásica o carencial. Cito estas, entre otras, pues como veremos más adelante estas enfermedades serán las que más frecuentemente padecerán los ancianos.

Curiosamente, si en lugar de estudios, interrogamos a los ancianos mediante una encuesta formalizada, veremos que se sienten enfermos en un 50%, es por ello por lo que añadimos ese componente de "situación" funcional, psíquica o social, que diferencia a la población anciana de la población general.

El anciano, entendido como sujeto sano, no es tema de esta exposición.

— El **Paciente geriátrico** y sus características (título de esta ponencia) se puede estudiar en función de los siguientes aspectos, que harán referencia a:

## I. Pluripatología

— Más frecuente en ancianos debido a la afectación de varios órganos y sistemas y los largos períodos de latencia de algunas de las enfermedades que producirá la superposición de unas sobre otras.

— La detección de esta pluripatología curiosamente dependerá de la profundidad de los estudios que se les practique así:

- ambulatoriamente, se detectarán una media de 3-4 enfermedades/paciente.
- hospitalariamente, la media de enfermedades a detectar es entre 5-6.
- y en las necropsias, la media de enfermedades detectadas duplica a esta última cifra.

Los principales factores que favorecen la aparición de esta patología múltiple son:

a) Alteración de la homeostasia (capacidad de mantener constante el medio interno a pesar de los cambios externos). En condiciones basales o de reposo el anciano es capaz de mantener la homeostasia, pero si le sometemos a estrés como una intervención quirúrgica, o el padecimiento de una enfermedad, la homeostasia se deteriora con la consiguiente alteración del pH plasmático, la presión

osmótica, el volumen plasmático, la glucemia, etc...

b) Debida a la interconexión de los distintos sistemas del organismo, diferentes manifestaciones de enfermedad pueden ser originadas por causas distintas y distantes, así por ejemplo, una isquemia cerebral puede estar originada por alteraciones del ritmo cardíaco, o una infección respiratoria puede originar una insuficiencia cardíaca, etc.

c) Alteración del sistema inmunitario que lleva consigo la disminución de la capacidad inmunitaria, lo que se refleja en:

— aumento de la frecuencia de enfermedades infecciosas, con mayor morbimortalidad.

— disminución de la resistencia a infecciones en fase crónica (Tb, toxoplasmosis, etc.)

— pérdida de la capacidad de respuesta cutánea a los antígenos comunes.

— alteraciones en el sistema de reconocimiento y en el de regulación, con pérdida de la capacidad de respuesta frente a los agentes externos y aumento de los fenómenos autoinmunes.

Las causas últimas de estas alteraciones no se conocen en la mayoría de los casos o se conocen sólo fragmentariamente. Así por ejemplo, se han detectado alteraciones en las células progenitoras, timocitos y linfocitos T antígeno/mitógeno, estos últimos por ejemplo son especialmente importantes ya que son los encargados del reclutamiento inmediato para responder a los Antígenos exógenos y también en lo que respecta a la regulación de la respuesta inmune. Al ser estimulada esta vía entra en proliferación expresando las aberraciones genéticas acumuladas, con la edad el número de células alteradas va siendo mayor por simple efecto acumulativo y, debido a ello, la respuesta a los antígenos timodependientes va disminuyendo paulatinamente en la vejez.

d) La inmovilidad en el anciano que origina graves alteraciones en diversos órganos y sistemas.

e) La yatrogenia mayor en el anciano que en cualquier otra edad y que en muchas ocasiones viene a contribuir a esta pluripatología que encontramos.

## II. Plurifarmacia

Como consecuencia de esta pluripatología no es raro encontrar ancianos que toman 4 o 5 fármacos diferentes. Ante este arsenal terapéutico es fácil que existan interacciones farmacológicas. Además las alteraciones propias del envejecimiento hacen que estén alteradas la farmacocinética y farmaco-

dinámica de muchos medicamentos por lo que es frecuente que se produzcan efectos yatrogénicos. El 10-15% de todos los ancianos se automedican (fundamentalmente analgésicos y tranquilizantes) y al menos el 50% no realizan correctamente el tratamiento prescrito por el médico.

### III. Sintomatología larvada

Las enfermedades en el anciano suelen ser oligosintomáticas. Como manifestación de enfermedades comunmente expresivas, por ejemplo, una neumonía puede no debutar con fiebre ni dolor torácico y solamente manifestarse con una ligera disnea o polipnea, o una endocarditis puede cursar sin fiebre, o un infarto de miocardio sin dolor alguno y sólo confusión mental y disnea.

Esto ocurre por que algunos síntomas principales cambian como por ejemplo:

— *Fiebre*. Suele ser menos que en el joven, pudiendo no tener las formas tan características (en aguja, ondulante o en meseta) de algunas enfermedades, y aparecer en otros trastornos que habitualmente no se acompañan de hipertemia como por ejemplo deshidratación, tumores o un accidente vascular cerebral (ACV). Es frecuente en los ancianos también el caso contrario, es decir, la hipotermia, debida al deterioro de los mecanismos homeostáticos ya mencionados y desencadena por diversos factores o enfermedades como, condiciones sociales inadecuadas, factores meteorológicos, alteraciones neurológicas, alcoholismo, hipotiroidismo, y otras.

— *Taquicardia*. Es otro síntoma que con frecuencia aparece en el anciano, no sólo como manifestación de alteraciones cardiorrespiratorias sino también en procesos digestivos, infecciones, carenciales, etc. A veces es el síntoma único o principal de la afección aunque otras veces debe ser interpretado como poco valorable, dada la gran frecuencia de bloqueos o arritmias.

— *Taquipnea*. Es una manifestación clínica frecuente en enfermedades cardiorrespiratorias, anemias y también enfermedades infecciosas, a veces en los ancianos es fisiológica por lo que debe ser correctamente interpretada.

— *Tos y expectoración*. Son igualmente síntomas difíciles de valorar en el anciano debido a que por la disminución de la sensibilidad del centro de la tos, la lentitud de la conducción del impulso nervioso y la disminución de la secreción bronquial, pueden estar presentes sin ser indicativas de patología aguda broncopulmonar.

— *El dolor en el anciano* es atenuado o inexistente, y cuando existe, las características no son las habituales del adulto. Son frecuentes los infartos sin dolor, el tromboembolismo pulmonar (TEP) sin dolor, e incluso, la apendicitis sin dolor. Es como si el anciano tuviese el umbral del dolor más elevado o que se hubiese hecho refractario a él o por lo menos que se hubiera adaptado mejor a él que el joven e incluso el adulto. Por el contrario las enfermedades que cursan con dolor en el anciano suelen traducirse en estados de shock, taquicardias, estados confusionales, trastornos digestivos, y otros signos clínicos. Se ha de tener en cuenta que el quejarse por dolor es una forma de requerir atención que puede utilizarse únicamente con este fin.

— *Esteñimiento y estados confusionales* toman también características especiales en los ancianos debido a la frecuencia de procesos orgánicos neoplásicos o mecánicos y las frecuentes descompensaciones homeostáticas antes mencionadas.

### IV. Tendencia a la cronicidad e invalidez.

Las enfermedades que vamos a encontrar en el anciano son fundamentalmente crónicas, ya que las enfermedades agudas se hacen frecuentemente tórpidas en su curso evolucionado a subagudas o crónicas. La cronificación de gran número de enfermedades conlleva a su vez la disminución de la capacidad funcional a veces invalidante. El 15% de todas las personas mayores de 65 años presentan algún tipo de invalidez. El 1% presenta grandes invalideces. Entre las enfermedades más frecuentes incapacitantes del anciano están:

- Enfermedades del aparato locomotor (artrosis, osteoporosis, fracturas)
- Enfermedades vasculocerebrales (incluyendo diversos tipos de demencias)
- Cardiopatías (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica)
- Enfermedades respiratorias (BCO, enfisema)
- Enfermedades cerebrales (Parkinson, otras enfermedades neurológicas no vasculares)
- Neoplasias en fase terminal.

### V. Pronóstico menos favorable.

Es lógico pensar que el pronóstico en geriatría es menos favorable que otras edades, ya que las enfermedades del anciano recaen sobre un "terreno de asentamiento", es decir el organismo, disminuido en sus defensas como ya vimos, y quizá por



ello también, con otras enfermedades crónicas concomitantes. Si bien es verdad que, a veces sorprende, la buena respuesta a la terapéutica correcta después de un diagnóstico también correcto. El pronóstico guardará, como siempre, una relación directa con el diagnóstico y la terapéutica y con el estado previo del paciente, su estado nutricional y funcional y la existencia o no de enfermedades intercurrentes.

## **VI. Características en el diagnóstico y tratamiento.**

Tanto uno como otro, debe realizarse lo más correctamente posible, como en cualquier enfermo, empleando los medios técnicos a nuestro alcance. Si bien, es en esa edad donde, debemos valorar de forma exquisitamente prudente el sometimiento del paciente a técnicas diagnósticas complicadas o peligrosas, valorando prioritariamente la utilidad de las mismas desde el punto de vista de riesgo, posibilidad de tratamiento y pronóstico, en su caso. Es frecuente la realización de pruebas más o menos cruentas con un único fin diagnóstico o investigador, habiendo descartado de antemano cualquier intervención terapéutica. En cualquier caso, en el anciano debemos un diagnóstico y tratamiento a la vista de estos cuatro puntos: clínico; funcional, psíquico y social. No olvidando el carácter dinámico de toda la patología que, especialmente en estos pacientes, es donde más se pueden producir variaciones en muy cortos espacios de tiempo.

## **VII. Repercusión social.**

La enfermedad en geriatría lleva aparejada frecuentemente la aparición o el agravamiento de problemas sociofamiliares. Es bien conocida la interrelación entre los problemas médicos y sociales, pudiendo ser en ocasiones unas veces causa y otras efecto. La problemática médico-social debe pues ser valorada y tratada en conjunto, buscando a veces soluciones intermedias que reconocemos no como las idóneas, pero sí como las más adecuadas en ese momento.

Vistas las características especiales del paciente geriátrico, haré una breve referencia a las enfermedades que más frecuentemente padecen.

### **1. Enfermedades degenerativas**

Estas son las que mayor cronicidad, invalidez y dependencia farmacológica crean. Se engloba con

este título las que afectan a la vasculatura en general (arterioesclerosis, la hipertensión arterial) y las que afectan a las articulaciones (artrosis). Tanto la arterioesclerosis en todas sus formas, como la hipertensión arterial, son fruto del acúmulo de determinada cantidad de colesterol por unidad de peso en el lecho vascular. Ello contribuye al aumento de su grosor, se produce de forma homogénea, tiene carácter fisiológico y es distinto del depósito en parches, más intenso e irregular, que define la enfermedad arteroesclerótica. Esta alteración vascular fisiológica lleva consigo el endurecimiento de la pared arterial, con pérdida de su elasticidad, lo que conduce a aumento tensional y disminución de flujo sanguíneo.

En cuanto a las enfermedades degenerativas que afectan a las articulaciones (artrosis), son de sobra conocidas las repercusiones que producen en el anciano. Decir de la artrosis en general que incluye, la Osteoartritis, las Artritis microcristalinas, la Artritis séptica y la Artritis Reumatoide, que son las enfermedades más prevalentes en la población anciana afectando entre un 25-85% de los pacientes geriátricos.

La connivencia frecuente de arteriosclerosis y enfermedad degenerativa articular conforman la pluripatología antes mencionada y conducen a la plurifarmacia y sus riesgos antes también descritos.

### **2º Metabólicas y endocrinas**

Mencionar simplemente dos afecciones que por su frecuencia y repercusiones sistémicas no deben ser pasadas por alto si bien ya son suficientemente conocidas como para entrar en su descripción. Me estoy refiriendo a la Diabetes mellitus y a la Osteoporosis involutiva. La Diabetes mellitus constituye un modelo de envejecimiento acelerado. En la población geriátrica, la prevalencia oscila entre el 10 y el 15%; esta cifra alcanza el 20% si analizamos el subgrupo de mayores de 80 años. En cuanto a la Osteoporosis involutiva es la enfermedad metabólica ósea más frecuente en el anciano. Constituye además un enorme problema de salud pública ya que la pérdida de masa ósea relativa a la edad es un fenómeno universal y que aparece asociado inevitablemente al envejecimiento, conduciendo en muchas personas a la aparición de fracturas, deformidades e invalideces muchas veces permanentes.

### **3º Infecciosas**

Se hace referencia a este tipo de patología pues

muchas veces la causa última de mortalidad en el paciente geriátrico. Las enfermedades infecciosas que más frecuentemente inciden en los ancianos son las Neumonías. Los gérmenes patógenos siguen siendo en primer lugar el *Streptococcus pneumoniae*, seguido del *Staphylococcus aureus* y bacilos gramnegativos. Su diagnóstico y tratamiento según quedó dicho reviste características especiales. La Infección urinaria tiene una prevalencia que multiplica por 20 la de los adultos o sujetos jóvenes. El varón se iguala en frecuencia a la mujer en la senectud. La mortalidad por Meningitis fundamentalmente neumocócica o meningocócica representa en la población general el 30% en las series analizadas, oscilando entre un 50 y 77% en sujetos mayores de 65 años. Esta mortalidad no ha mejorado en los últimos 25 años. Lo que da idea de la importancia y dificultad diagnóstica y terapéutica que esta patología plantea. La Tuberculosis es problema antiguo reagudizado en los últimos tiempos que plantea en el anciano un reto diagnóstico especialmente importante ya que más del 20% de la población mayor de 65 años presenta una reacción positiva a la tuberculina. Debemos de tener especial cuidado habida cuenta lo antedicho del sistema inmunitario de los ancianos con respecto a enfermedades micoplásmicas.

#### **4º Neoplásicas**

La enfermedad cancerosa en el anciano constituye la segunda causa de muerte tras las enfermedades cardiovasculares. Los estudios epidemiológicos demuestran que las cifras de cáncer para ambos sexos aumentan con la edad. Este incremento se relaciona, probablemente, con una acumulación de cambios premalignos generados en un largo período de tiempo. La frecuencia es que el 50% de todos los cánceres y el 60% de fallecimientos por cáncer tiene lugar en pacientes mayores de 65 años. En cuanto a la valoración en el tiempo cronológico llama la atención el constante aumento de la mortandad por cáncer, siendo en 1980 de 1,3% de la mortalidad total y en la actualidad aproximadamente el 20%. Estas variaciones cronológicas no sólo se han observado en cuanto a las tasas globales, sino que también se han observado en la presentación de los diversos tumores a lo largo del tiempo. En este sentido, y como ejemplo cabe señalar el ascenso constante de la mortalidad masculina por cáncer broncopulmonar junto con el descenso del cáncer gástrico, por causas no conocidas en su totalidad. Otros cánceres que inciden en mayor frecuencia en esta población senil son: el de próstata, de mama, de colon y recto y carcinoma

de origen desconocido. Existe el error conceptual de que las neoplasias son menos agresivas en edad geriátrica, lo que puede llevar a comportar una actitud pasiva en el diagnóstico y tratamiento. A partir de los 65 años hay neoplasias claramente más agresivas que en el resto de los grupos de edad, tal es el caso del melanoma, cáncer de tiroides, cáncer de cervix, enfermedad de Hodgkin y probablemente también el cáncer de mama. El tratamiento de soporte es muchas veces el único posible y por tanto más adecuado en este tipo de procesos.

#### **5º Enfermedades de los órganos de los sentidos**

El envejecimiento como sabemos es un proceso biológico básico que se desarrolla de forma continua en todo ser vivo, desde la concepción hasta la muerte. Provoca modificaciones que se hacen más evidentes a partir de esta etapa de la vida. El déficit más evidente desde la perspectiva sensitiva afecta a la vista y al oído. En el primer caso las modificaciones se van a referir tanto al aspecto anatómico como al fisiológico, sin que por ello deba hablarse de patología. Se centrarán en la órbita donde se produce una disminución de su contenido graso con la aparición de la característica enoftalmia. Los párpados degeneran fundamentalmente a nivel de su estructura histológica al igual que las glándulas lagrimales con la consiguiente disminución funcional. El cristalino va a sufrir modificaciones que influirán en su transparencia, volumen y forma, modificando la agudeza visual. El vítreo también sufre modificación debido a su licuefacción progresiva y la aparición de cuerpos flotantes. Es decir que en el anciano se está produciendo una progresiva disminución de la agudeza visual fisiológica que conduce a establecer una menor relación con el medio que nos rodea. Si a esto le añadimos la presbiacusia fisiológica y la mayor incidencia de tapón de cerumen, otitis externa maligna y vértigos, que igualmente disminuirán la relación acústica con el medio, estamos ante un cuadro que conducirá a una disminución de la capacidad intelectual y que deberá ser diferenciado de la patología psíquica propia del anciano como las demencias, los trastornos afectivos o los trastornos de ansiedad que junto con la depresión y las quejas hipocondríacas representan las alteraciones de conducta más frecuentes de las personas de edad avanzada.

Y por último citar las complicaciones más frecuentes de las enfermedades del anciano, capítulo especialmente importante pues a veces puede llegar a ser más comprometido que la propia enfermedad, pudiendo llevarle a la cronicidad, invalidez o

muerte.

Estas complicaciones pueden surgir como consecuencia de:

### **I. Inmovilidad**

Muchas de las complicaciones del anciano proceden de no movilizarlo precoz y adecuadamente. Algunas de las complicaciones que comporta esta inmovilidad serían, las contracturas articulares por atrofas musculares y tendinosas con fibrosis interarticular o capsular. Las úlceras de decúbito tan frecuentes en los ancianos encamados o inmovilizados. El Tromboembolismo pulmonar producido por estasis venoso añadido a procesos cardiovasculares ya mencionados. Y por último alteraciones en otros órganos y sistemas que se ven complicadas por la inmovilidad como por ejemplo en el aparato digestivo con dispepsias y estreñimiento. En el aparato respiratorio con neumonías y bronconeumonías. En el aparato cardiocirculatorio...

### **II. Deshidratación.**

Es otra complicación frecuente de las enfermedades de los ancianos. Con la edad el reflejo de la sed disminuye, muchas enfermedades hacen perder exceso de líquido. Factores meteorológicos y ambientales, yatrogenias, problemas en la deglución, etc., son otras causas de deshidratación.

### **III. Incontinencia de esfínteres.**

Las incontinencias en los ancianos son producidas por múltiples causas y enfermedades. Lesiones del sistema nervioso central o a nivel medular o pe-

riférico son causa de la vejiga neurógena. Otras causas locales de incontinencia urinaria o fecal pueden ser hipertrofia prostática, fecalomas, prolapso o desgarros de esfínteres.

### **IV. Estreñimiento.**

El estreñimiento es común en el anciano, pero puede ser una complicación de otras enfermedades geriátricas. Hay que descartar una causa orgánica. El sedentarismo, la invalidez o al yatrogenia pueden ser directa o indirectamente responsables.

### **V. Dependencia física o psíquica.**

En el 15% de los pacientes geriátricos se produce algún tipo de dependencia física o psíquica. Son múltiples los recursos que utilizan para requerir atención debiendo ser interpretados y atendidos en su justa medida.

### **VI. Trastornos yatrogénicos.**

Otra complicación que se suele sumar a las enfermedades en el anciano son los trastornos yatrogénicos. Alrededor del 5% de los ingresos en un servicio de geriatría son debidos a estas causas. Dentro del hospital, entre el 15-20% de los ancianos ingresados sufren algún efecto yatrogénico.

Termino pensando que el envejecer, es cuestión de tiempo, lo que determina cambios morfológicos, funcionales y semiológicos que harán al ser humano más susceptible de enfermar y ofrecer peculiaridades en sus manifestaciones clínicas y en los procedimientos terapéuticos que con lo anteriormente dicho he intentado explicar.

## **BIBLIOGRAFIA**

BOURLIERE, F. "*Vieillesse et maladies associées*." En Bourlière, F. (dir): Gerontologie, Biologie et Clinique. Flammarion, Paris, 1982.

GARCIA FERNANDEZ, J.L. "*Características de las enfermedades en geriatría*". Tribuna Médica, 59, sep. 1982.

SALGADO ALBA, A. "*Características de las enfermedades en geriatría*". Tratado de geriatría, 131-142. Barcelona: Salvat; 1986.

SALGADO A., GUILLEN, F. "*Manual de Geriatría*". Barcelona: Salvat; 1990.

RIBERA CASADO, J.M. "*Modificaciones introducidas por la edad en la morfología y funcionalismo cardíacos*". En Ribera JM (dir): Cardiología geriátrica, 15-25, Madrid: ENE; 1985.

MAHLER D., BARLOW P., MATTHAY R. "*Chronic Obstructive Pulmonary Disease*". En Mahler D. (dir). Clinics in Geriatric medicine. Saunders, Filadelfia, 1986.

RICO, H. "*Osteoporosis como síndrome*". Barcelona: Ciba-Geigy, 1988.

SERRANO, S., AUBIA, J., MARIÑOSO, M.L. "*Patología ósea metabólica*". Barcelona: Sandoz; 1990.