

## **ENFERMEDADES DE ALTA PREVALENCIA EN EL ANCIANO**

*Dr. José María Urraca Fernández*

El incremento del número de personas de edad avanzada ha supuesto un problema para la sanidad de los países desarrollados. Actualmente la sanidad no debe ver los problemas geriátricos como enfermedades únicas en las que es necesario saber de forma exacta el diagnóstico o las causas últimas y además que estas enfermedades pueden y deben ser tratadas, sino curadas, por lo menos paliadas.

Las enfermedades en las personas mayores tienen unas características especiales que las diferencian de las patologías en personas más jóvenes. Las diferencias más importantes son:

La aparición de patologías múltiples. Es común en este grupo de población que las personas tengan varias enfermedades a la vez, por ejemplo es frecuente que una persona diabética tenga asociados problemas circulatorios, insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, etc. Estas situaciones deben hacer pensar al personal sanitario qué síntoma es más urgente a la hora de comenzar el tratamiento, pero teniendo en cuenta que los fármacos para una dolencia pueden agravar otra o desencadenar la aparición de una nueva.

Las enfermedades que aparecen en las personas más jóvenes suelen ser agudas y autolimitadas. En el caso de las personas mayores las enfermedades tienen características diferentes como son la cronicidad y la asociación de varias enfermedades al mismo tiempo. Esta situación conlleva unos tratamiento más prolongados, incluso de por vida. Si a esto le añadimos la polimedición ya comentada, lo que nos encontramos es una persona de edad que debe tomar varias medicinas a lo largo del día durante toda su vida.

Esta polimedición tiene varias consecuencias negativas. Por un lado la posibilidad de equivocaciones a la hora de tomar las pastillas, cosa que ocurre con frecuencia. También ocurre lo contrario, que una persona no se acuerde si ha tomado la medicación y “por si acaso” vuelve a ingerir las pastillas. Por otro lado los efectos secundarios de los principios activos se multiplican cuando son varios los preparados farmacéuticos que se ingieren. En ocasiones es necesario recetar medicinas que contrarresten los efectos secundarios de otras, por ejemplo añadir potasio cuando se toman ciertos diuréticos o protectores gástricos cuando se toman antiinflamatorios...

Un problema importante que surge en los ancianos es la frecuencia con que aparecen los denominados grandes síndromes geriátricos. Se denomina síndrome a un conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad. Los síndromes geriátricos son situaciones de gran prevalencia en la población anciana, además suelen ser el resultado de la conjunción en el tiempo de diferentes patologías. Todo ello desemboca en cuadros de alteración de la capacidad funcional del anciano y de la disminución importante de la calidad de vida.

Los principales síndromes geriátricos son:

- La malnutrición
- Incontinencia urinaria
- Incontinencia fecal
- Caídas
- Depresión
- Alteraciones de la visión
- Alteraciones de la audición

El tratamiento de estos síndromes es complejo ya que muchas veces no se conoce la causa última que produce el síndrome o está enmascarada por otra o está provocada por el tratamiento de otra enfermedad.

## **DEMENCIAS**

La demencia se define como un síndrome adquirido y persistente de deterioro de varias funciones mentales superiores producido por patología orgánica en un paciente sin alteraciones del nivel de conciencia y que le produce una incapacidad en la actividad social y laboral.

Los síntomas iniciales son muchas veces imperceptibles. Lo primero que se aprecia son pequeños olvidos que se confunden con facilidad con situaciones de cansancio, cuadros leves de depresión... Las personas que primero se dan cuenta de la aparición de este síndrome son los familiares más cercanos y/o los compañeros de trabajo. A medida que pasa el tiempo y el cuadro avanza aparecen cuadros más característicos como la dificultad para acordarse de nombres propios, citas, conversaciones... Con el tiempo empiezan los cuadros de desorientación temporo-espacial y los cambios bruscos de humor, también aparece de forma paulatina la desconexión con los acontecimientos sociales y por último nos encontramos a una persona que no reconoce a su familia y que es incapaz de vestirse, lavarse, etc. por si sola. Muchas veces acaban encamados por un deterioro cognitivo y suelen fallecer por infecciones intercurrentes. La causa más frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer.

### *Enfermedad de Alzheimer (EA)*

Clínicamente se define como la pérdida gradual y progresiva de memoria. Hasta 1978 se creía que la demencia presenil era sinónimo de EA. Desde entonces esta enfermedad se diferencia del resto de las demencias por la

anatomía patológica, que se caracteriza por la presencia de placas seniles y ovillos neurofibrilares.

La EA supone el 75% de las demencias y se considera como la enfermedad mental más frecuente en los países occidentales. La prevalencia varía con la edad desde el 2% a los 65-70 años al 20% en mayores de 80 años.

Las causas son desconocidas, pero existen ciertos factores que predisponen a su aparición. Algunos de estos son los traumatismos craneoencefálicos repetidos con anterioridad, el bajo nivel educativo, el género femenino -aunque no está totalmente demostrado-, la hipertensión arterial crónica, la alta incidencia familiar, las intoxicaciones alcohólicas crónicas... Por otro lado en los últimos años se ha demostrado que el uso repetido a lo largo de la vida de antinflamatorios no esteroideos protegen de la aparición de EA.

Los síntomas clínicos más frecuentes son:

Pérdida de la memoria: Lo primero que se deteriora es la memoria a corto plazo, aquella que se refiere a lo ocurrido en los minutos, horas e incluso días anteriores. La memoria inmediata, aquella que recuerda lo ocurrido en segundos previos, no se afecta mientras esté consciente. En últimas fases de la enfermedad se altera también la memoria a largo plazo.

El pensamiento abstracto sufre alteraciones y el paciente suele tener problemas para enfrentarse con situaciones novedosas y por ello intenta evitarlas.

Otras alteraciones que se encuentran con frecuencia es el deterioro de la capacidad del juicio y del control de impulsos con descuido de la higiene personal, lenguaje grosero, insinuaciones sexuales a desconocido, afasias, agnosias, apraxias...

El tratamiento médico actual no es demasiado efectivo. Por un lado se encuentran los que tratan los síntomas aunque con poca utilidad. Por otra parte se encuentra los estabilizadores de la EA, los más efectivos, dentro de un orden, son la vitamina E y la selegilina. Los tratamientos preventivos en personas con numerosos factores de riesgo son los antinflamatorios no esteroideos, los antioxidantes, los estrógenos... aunque con poco éxito.

Otros tratamientos utilizados son los tratamientos no farmacológicos cuya utilidad es la mejora de la capacidad cognitiva y la mejora de los trastornos de conducta.

La falta de tratamiento de esta enfermedad implica que se realice un diagnóstico veraz de esta patología porque existen otras enfermedades que cursan con síntomas semejantes pero que tienen curación si se ofrece un tratamiento correcto. Un ejemplo claro es diferenciar los síntomas de la EA con los de una enfermedad confusional aguda. Las diferencias más importantes son la alteración de todos los tipos de memoria, la inmediata, la reciente y la remota, así como la rápida evolución, la alteración del sistema nervioso vegetativo, el nivel de conciencia alterado... La mejora de todos estos síntomas pasa por el tratamiento de la causa que lo produce; una infección, una intoxicación aguda...

Otras veces encontramos a pacientes de edad avanzada con síntomas muy semejantes a los de la EA pero que son secundarios a un proceso depresivo, a una crisis de histeria... A este síndrome se le denomina pseudodemencia y el tratamiento es el de la depresión o el del cuadro de histeria.

Otro cuadro que cursa con síntomas de demencia sin ser una EA propiamente dicha es la demencia multiinfarto. Esta enfermedad cursa con síntomas semejantes a la EA pero de curso más rápido. La causa es la repetición de pequeños infartos cerebrales que por si mismo no producen síntomas pero el acumulo de regiones cerebrales infartadas provoca una sintomatología demencial. El único tratamiento de esta enfermedad es evitar que se produzcan más infartos cerebrales controlando la tensión arterial y otros factores que favorezcan la aparición de estas lesiones.

## **ACCIDENTES CEREBROVASCULARES**

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) también se denominan ictus. Son patologías, generalmente de instauración súbita, causadas por el déficit de riego sanguíneo en una parte del sistema nervioso central. Suponen la tercera causa de muerte en los países occidentales, detrás de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Son la causa más frecuente de ingreso hospitalario de causa neurológica. Constituyen la causa más frecuente de secuelas neurológicas. Los ACV se dividen en dos grupos: los ACV isquémicos, que suponen el 80% y ACV hemorrágicos (20%).

### *Accidentes cerebrovasculares isquémicos*

La causa es el déficit de aporte sanguíneo en una zona localizada o generalizada del SNC. Los síntomas dependen del lugar anatómico donde se produce la isquemia.

Las causas de los ACV isquémicos son tres fundamentalmente:

- Trombosis de la arteria que corresponda debido con mayor frecuencia a enfermedad aterosclerótica.
- Embolia de una arteria por la incrustación de un émbolo originado en el corazón o en un gran vaso. Habitualmente el émbolo suele ser un acumulo de sangre coagulada que obstruye una arteria cuando esta se bifurca en dos de menor diámetro.
- Disminución del flujo sanguíneo por un shock o por otra patología que disminuya el volumen sanguíneo.

Los síntomas clínicos dependen de diversos factores:

- De la causa responsable: Lo más frecuente es la hipertensión arterial
- De la duración de la clínica: Encontramos el accidente isquémico transitorio cuyos síntomas persisten menos de 24 horas y no deja

ninguna secuela. Otro es el déficit neurológico reversible que dura más de 24 horas y menos de 3 semanas y tampoco deja secuelas. El accidente cerebrovascular en evolución que es aquel que aparece de forma gradual y con síntomas que se van incrementando y que dejan secuelas. Por último está el ACV establecido que aparece con la clínica definida y que no progresiona pero deja secuelas.

- Del territorio vascular afectado: En función de la arteria que deje de recibir aporte sanguíneo los síntomas variarán.

El tratamiento debe ser urgente y debe tratarse la causa y también la administración de anticoagulantes para procurar que esos émbolos disminuyan de tamaño y mejore la clínica e incluso que desaparezcan.

#### *Accidentes cerebrovasculares hemorrágicos*

Constituyen aproximadamente el 20% de los ACV. Pueden ser hemorragias intracerebrales o subaracnoideas.

Las ACV hemorrágicas intracerebrales se deben a la rotura de una arteria cerebral secundariamente a la hipertensión arterial o en menor frecuencia a la existencia de una anomalía arteriovenosa. Los síntomas clínicos son de comienzo brusco, con gran deterioro de la conciencia y suelen acompañarse de vómitos y cefaleas importantes. Con frecuencia llevan a la muerte y si esto no ocurre las secuelas no suelen ser graves. El 70% mueren en los tres primeros días. El tratamiento más importante es corregir la causa y recurrir a la neurocirugía si es posible.

Las ACV subaracnoideas suelen ser causadas por la rotura no traumática de una malformación arteriovenosa como puede ser un aneurisma. Los síntomas clínicos son de inicio brusco y con una cefalea muy importante y suele estar acompañados de vómitos espontáneos, sin náuseas previos. En el caso de supervivencia es frecuente la rotura recurrente pocos días después. El tratamiento está formado por el reposo y la cirugía pasados unos días.

La prevención de ambos síndromes pasa por el control de los factores de riesgo: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las cardiopatías, las dislipemias, el tabaquismo y el etilismo, la obesidad, el sedentarismo

#### *Complicaciones de los accidentes cardiovasculares*

En los pacientes de edad avanzada la gravedad del estado depende del accidente cerebrovascular en sí mismo y también de las complicaciones derivadas de él, sobretodo aquellas secundarias a la inmovilidad funcional.

Las complicaciones más frecuentes son las siguientes:

1. Cardiopulmonares: descompensación de la hipertensión, arritmias, fallo cardíaco congestivo, infarto agudo de miocardio, embolia de pulmón, atelectasias, neumonía por aspiración, enfermedad pulmonar obstructiva crónica

2. Urinarias: incontinencia, infecciones del tracto urinario, vejiga espástica.
3. Digestivo-nutricionales: disfagia, alteraciones hidroelectrolíticas, deshidratación, diabetes, necesidad de alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía.
4. Neurológicas: hidrocefalia por edema cerebral, crisis epilépticas, depresión del nivel de conciencia, estados confusionales, demencia, encefalopatía.
5. Neuromusculares y cutáneas (derivadas de la inmovilidad y encamamiento): contracturas musculares, atrofias por desuso, alteraciones del tono muscular, trombosis venosa, úlceras por decúbito.

Una de las complicaciones más importantes por su gravedad y por su frecuencia es la infección. Es una causa importante de muerte en estos pacientes. Las infecciones más frecuentes son las urinarias y las respiratorias. Lo fundamental en estos cuadros es la prevención, por ello hay que evitar en lo posible el uso de sondas vesicales y procurar el empleo de sondas nasogástricas para evitar las infecciones por aspiración.

## **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Los datos actuales muestran el incremento cuantitativo de este grupo de población. Esto orienta sobre la enorme importancia que conlleva a todos los niveles un buen conocimiento de la evaluación diagnóstica y del manejo terapéutico de la hipertensión arterial. El riesgo de complicaciones no disminuye con el envejecimiento. El desarrollo de la enfermedad arterioesclerótica contribuye al fallo renal en los sujetos de edad avanzada, añadido en ocasiones a enfermedad vascular periférica. El conocimiento de estas patologías nos llevará a medir la presión arterial con cierta frecuencia. La variabilidad de la presión arterial hace que determinemos sus cifras en repetidas ocasiones separadas en el tiempo.

La hipertensión constituye el factor de riesgo más prevalente y con personalidad propia en el anciano asociado con frecuencia a tabaquismo, hipercolesterolemia y abuso de alcohol. Se estima que solo el 10% de los mayores presentan hipertensión como único factores de riesgo cardiovascular.

Constituye la primera causa de muerte y la segunda de deterioro funcional. La forma esencial es la forma más frecuente de presentación y uno de los principales factores de riesgo cardiovasculares de cardiopatía isquémica, de accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.

El anciano hipertenso duplica la mortalidad global y llega a triplicar la morbididad cardiovascular con relación al normotenso. Esta forma representa el 8% de los sujetos entre los 60 y 80 años y hasta un 25% en mayores de 80 años. Se sabe que la HTA es el factor de riesgo más importante en la demencia vascular. El riesgo de deterioro cognitivo es de 1.29 veces superior por cada incremento de 10 mm Hg en la PAD, independientemente del resto de variables.

La OMS define Hipertensión Arterial (HTA) en mayores de 18 años a una presión arterial sistólica mayor o igual a 140mm de Hg y/o una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm de Hg que no estén tomando tratamiento farmacológico antihipertensivo y que esté medido al menos en dos ocasiones diferentes.

La OMS clasifica la hipertensión arterial según el siguiente cuadro:

Cuadro 1: Clasificación de la hipertensión arterial

Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Optima	<120	<80
Normal	120-130	80-85
Normal-alta	130-139	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	90-99
-Limítrofe	140-149	90-94
Hipertensión grado 2	≥ 180	110
Hipertensión sistólica		
Aislada	140	<90
Limítrofe	140-149	<90

Fuente: OMS-Sociedad Internacional de Hipertensión. 1999

La HTA es una enfermedad muy frecuente con una prevalencia del 50% en mayores de 50 años. Los factores de riesgo más importantes son:

El género femenino, la raza negra, la edad avanzada, (aunque cuanto más precozmente aparece pero pronóstico tiene), el estrés, la obesidad, los hábitos tóxicos y alimenticios...

El incremento de tensión arterial sistólica suele deberse a arteriosclerosis. La causa de hipertensión sistólica y diastólica más frecuente es la idiomática (90%), es decir, de causas desconocidas. Cuando la HTA es secundaria las causas más frecuentes son:

- Patología renal: estrechamiento de la arteria renal, enfermedad del parénquima del riñón...
- Patología endocrina: Hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, acromegalia...
- Patología neurogénica: Hipertensión intracraneal, polineuritis, sección medular...
- Toxemia en el embarazo: de causa desconocida
- Agentes exógenos: plomo, fármacos, regaliz...

Lo peor de la hipertensión no es la propia HTA, sino las consecuencias que puede provocar en cualquier órgano. En el corazón puede provocar hipertrofia del ventrículo izquierdo que puede desembocar en un cuadro de muerte súbita. En el sistema nervioso central puede provocar mareos, inestabilidad, vértigos, infartos cerebrales, hemorragias cerebrales por rotura de aneurisma... En el riñón puede provocar la disminución de su funcionamiento y la destrucción de los glomérulos renales y la insuficiencia renal secundaria.

Lo más frecuente es que sea asintomática. En estos casos cuando aparecen los síntomas son debidos a las consecuencias en otros órganos y muchas veces son irreversibles. Cuando la HTA produce síntomas lo más frecuente es la cefalea, la epistaxis, los mareos, las palpitaciones, la impotencia...

El tratamiento se enfoca desde dos puntos de vista:

Por un lado las medidas higiénicas: disminuir el estrés, disminuir la ingesta calórica, disminución de la obesidad, el incremento controlado de ejercicio físico aeróbico, la restricción del tabaco, el alcohol y la sal común.

Por otro lado el tratamiento farmacológico. Los betabloqueantes, los vasodilatadores, los diuréticos...

Existe un cuadro especial de HTA que se denomina Hipertensión maligna. Este cuadro se diagnostica cuando la tensión arterial diastólica supera los 120mm Hg. Suele aparecer en el 1% de los enfermos con HTA. La causa es desconocida y el tratamiento es de urgencia para evitar secuelas importantes.

Son evidentes los beneficios del tratamiento antihipertensivo en mayores de 60 años sobre la aparición de infarto cerebral, enfermedad coronaria, cardiovascular, insuficiencia cardiaca y mortalidad general.

En el anciano debemos tener en cuenta una serie de factores muy importantes. Los hipertensos metabolizan los fármacos de forma diferente debido a la deterioro de las funciones hepáticas y renales que se produce con la edad, lo que hace que la dosis máxima y mínima de los fármacos sean menores y mayor el efecto terapéutico. La elección de la dosis debe ser lo más ajustada posible. Además es muy frecuente la pluripatología y el tratamiento con otros fármacos, planteando problemas de elección del fármaco antihipertensivo en función de la patología asociada. También es importante conocer las posibles interacciones entre los fármacos antihipertensivos y los que pueda tomar el paciente por otras causas, como es el caso de los antiinflamatorios no esteroideos, que pueden elevar significativamente la presión arterial.

## **ENFERMEDADES PULMONARES**

El envejecimiento provoca una pérdida gradual de las propiedades y de la función pulmonar. Los daños que aparecen en este órgano se deben a varios factores, por un lado el paso de los años y por otro y no menos importante el acumulo de agresiones debidas al tabaco, la polución, las infecciones, los irritantes ambientales...

Los cambios más frecuentes en el tejido pulmonar son los siguientes:

- En el pulmón propiamente dicho:
- Disminución del calibre de las vías aéreas
- Disminución de la capacidad elástica del tejido pulmonar
- Disminución de la capacidad de difusión de los gases

En los músculos respiratorios y en la pared torácica:

- Rigidez de la caja torácica
- Artritis de las articulaciones costovertebrales
- Calcificación de los cartílagos costales
- Disminución de la fuerza muscular, fundamentalmente la del diafragma
- Atrofia de los músculos intercostales

Algunas de las consecuencias de estas alteraciones son la disminución de la capacidad de esfuerzo, unida naturalmente a la pérdida de capacidad cardiovascular. Otra consecuencia importante es el incremento del número de infecciones respiratorias. Este incremento también se debe a la malnutrición que aparece con frecuencia, a la colonización de las vías respiratorias por gérmenes y a alteraciones del sistema inmune.

La infección más frecuente en personas mayores es la neumonía, llegando a ser la primera causa de muerte infecciosa en el anciano. El germen más frecuentemente encontrado en las neumonías del anciano es el streptococcus pneumoniae, también llamado neumococo, aunque puede ser provocado por multitud de microorganismos e incluso con frecuencia es debida a varios a la vez, lo que se denomina polimicrobiana.

Para prevenir la aparición de cuadros de neumonía es importante la prevención con la vacuna de la gripe y también la del neumococo en personas mayores de 65 años.

Las patologías pulmonares más importantes en el anciano son las siguientes:

#### *Infecciones pulmonares*

Existen diferentes causas que provocan la aparición de infecciones respiratorias:

La neumonía por aspiración se debe al paso de alimentos ingeridos desde la vía digestiva a los conductos respiratorios. Al pasar estos restos se produce una colonización de bacterias en el tracto respiratorio con la consiguiente infección. Las causas que aumentan las aspiraciones son:

- Alteración del nivel de conciencia
- Uso de fármacos
- Abuso de alcohol
- Enfermedades del sistema nervioso central

Las alteraciones de la mecánica respiratoria que conllevan una dificultad en la eliminación del moco producido en las vías respiratorias. También produce una tos ineficaz. Todos ellos se incrementan si la persona ha sido o es fumador.

La desnutrición o la mala nutrición desencadenan un mayor porcentaje de infecciones respiratorias por el descenso de producción de linfocitos, de inmunoglobulinas...

- Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón es una enfermedad frecuente en personas de edad avanzada, aunque con mayor frecuencia están apareciendo en sujetos más jóvenes. Este cuadro es más frecuente en hombres y el factor de riesgo mayor es el tabaco, siendo además dosis dependiente, es decir, a mayor número de cigarrillos/día fumados, mayor probabilidad de tener cáncer de pulmón. Existen también otros factores de riesgo como la polución, determinados trabajos con altos índices de compuestos químicos como el asbesto...

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad obstructiva crónica (EPOC) consta de diversas entidades nosológicas como la bronquitis crónica, el enfisema, las bronquiectasias y el asma. El principal agente causante es el consumo de tabaco. La prevalencia de EPOC es aproximadamente del 20% en mayores de 65 años, siendo la 5<sup>a</sup> causa de mortalidad en este grupo de edad. El pronóstico de vida es del 50% a los 10 años de realizarse el diagnóstico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CERVERA DÍAZ, M. C.; SÁIZ GARCÍA, J. (2001): *Actualización en geriatría y gerontología (I)* Jaén: Formación Alcalá.
- CODINA, O.; ELOSÚA, R.; MARRUGAT, J. (1999): "Actividad física y arteriosclerosis. Efectos de la actividad física sobre la oxidación lipídica, la hemostasia y la función endotelial". *Med Clin (Barc)*, 112, pp. 508-515.
- CHAN, D. E.; WELCH, C.H. (1998): "Geriatric Respiratory Medicine". *Chest*, 114, pp. 1704-1733.
- EVANS, J. G. y otros (1992): *Oxford Textbook of Geriatric Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- FARRERAS, P.; ROZMAN, C. (2001): *Medicina Interna*. 14<sup>a</sup> ed. Barcelona: Hartcourt.
- KANNEL, W. B.; SORLIE, P. (1979): "Some Health benefits of physical activity: The Framingham study". *Arch. Intern. Med.* 139, pp. 857-861.
- KATSUMI, I. y otros. (1998): "Cerebrovascular Disease", en ROSENBERG, R. N.; PLEASURE, D. E.: *Comprehensive Neurology*. 2<sup>a</sup> ed. Chichester: John Wiley and Sons Ltd, pp. 115-174.
- NAVARRO, R., SÁNCHEZ, J. M. (1995): "Demencia vascular", en CASTILLO, J. A. y otros: *Manual de Enfermedades vasculares cerebrales*. Barcelona: J R Proas, pp. 119-127.
- PIÉDROLA GIL, G. (2001): *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10<sup>a</sup> ed. Madrid: Masson.
- World Health Organization - International Society of Hypertension (1999): "Guidelines for the Management of Hypertension".

