

---

## Las enfermedades en la ancianidad

### *Diseases in old age*

---

J.L. Guijarro

---

#### INTRODUCCIÓN

Una de las constantes de nuestro tiempo es el crecimiento de la población mayor. La amplia extensión demográfica de la vejez, el sector poblacional de las personas de 65 y más años no sólo se ha incrementado en número, también en longitud de vida. Ciñéndonos a Navarra, este grupo es de 95.000 personas. La esperanza de vida media ha llegado a 81 años en la mujer y 75 años en el varón. Los mayores de 80 años son una quinta parte del total. Son un conjunto de personas que reciben una pensión fruto de su trabajo anterior y que requieren un considerable volumen de medios asistenciales. Es sencillo deducir con tan simples datos que los mayores son hoy un sector social de notable importancia<sup>1</sup>.

De los muchos aspectos interesantes que el tema gerontológico abre en nuestro tiempo, el de su patología tiene una clara relevancia y es el que nos corresponde desarrollar en el presente trabajo. Pero sobre cualquier estudio de la enfermedad en los mayores, hay que partir del conocimiento sobre el envejecer. El envejeci-

miento es un fenómeno universal de los seres vivos. Puede definirse como el conjunto de cambios, de los sistemas orgánicos que sostienen la vida, como consecuencia del paso del tiempo. La expresión de estos cambios, tanto en el plano morfológico y funcional, como en el fisiológico y bioquímico, nos permiten identificar a los seres como envejecidos, como viejos.

Refiriéndonos al ser humano, la vejez es una etapa postrera, si bien bastante prolongada. Se puede resumir como la edad de la pérdida. Si el envejecimiento es un proceso, la vejez es una situación social. Todos los que han envejecido, a pesar de las diferencias individuales o de grupo, conforman un todo con unas propiedades comunes que ofrecen suficiente relevancia para constituirse como un sector humano distinto al de otras edades. Esa vejez constituyen personas que están envejeciendo<sup>2</sup>. A estas personas se les llama viejos, mayores, ancianos, senectos. Llegar a los 65 años es alcanzar una vejez social que la define: la jubilación. Pero el umbral de la vejez se ha dilatado mucho. Serán generalmente los 80 años cuando se entre

---

*ANALES Sis San Navarra 1999, 22 (Supl. 1): 85-94.*

---

Servicio de Geriátría. Casa de Misericordia.  
Pamplona.

#### Correspondencia:

Juan Luis Guijarro  
Servicio de Geriátría. Casa de Misericordia.  
Vuelta del Castillo, 1  
31007 Pamplona  
Tfno. 948 264811  
Fax 948 275865

en la ancianidad. La salud mal acomodada, la sensación de cansancio vital o el progresivo apartamiento social, señalaran la frontera entre ser mayor y ser anciano. Esta es una muestra más de los efectos del desarrollo social: se vive más y mejor<sup>3</sup>.

Nuestros abuelos y los pensionistas de los años 90 son gente distinta. El aprovechamiento de la vida que hacen hoy los mayores es una de las riquezas de esta sociedad, a pesar de que aún queda bastante por alcanzar. Pero hay que señalar que nunca hubo tantos ancianos con invalidez como ahora. Este es un lado negativo inevitable que procede de la misma razón que la prolongación de los buenos años: los recursos médicos y sociales al servicio de la enfermedad. Las personas con enfermedad viven más, y para muchos el precio de ese continuar existiendo es la incapacidad y la dependencia.

### ENVEJECIMIENTO

La enfermedad acontece a cualquier edad, pero en la ancianidad se presenta y configura su evolución de un modo diferente. El envejecimiento es el cimiento en el que se eleva, mas a la vez es elemento modulador. Las notas que caracterizan el envejecer son:

- Deterioro de los sistemas y las funciones: originados por el desgaste de los años vividos.

- Menor adaptabilidad: por disminución de los mecanismos de reserva de los órganos.

- Mayor enfermabilidad: favorecida por la incrementada vulnerabilidad orgánica y psíquica.

- Disminución del valimiento personal: causado por la reducción en la capacidad de ser autónomo.

- Tendencia al aislamiento: al no disponer de suficientes recursos psicofísicos para permanecer en la corriente social dominante.

- Sensación de acabamiento: sostenido por la menor vitalidad y disponibilidad personal y la amenaza que representa la última edad.

Para Rowe<sup>4</sup> el envejecimiento humano muestra como notas definidoras el ser:

- Lineal, como proceso que se extiende a lo largo de la vida y que cristaliza en un determinado momento.

- Inevitable, ya que no puede detenerse salvo en la muerte.

- Variable, por no ser semejante en los individuos que nacieron en la misma época y situación.

- Asíncrono, pues no se produce con el mismo grado de desgaste en los diferentes órganos.

Un hecho de gran interés, deducido de lo anterior, es la individualidad del envejecer. Plantear la atención de la persona mayor desde este principio conducirá a considerar que siendo cada ser diferente en su proceso de envejecimiento, también lo será en sus necesidades y, por ende, en su enfermedad y tratamiento. En el marco de la planificación asistencial, conducir los recursos para que siempre se destinen a la persona en concreto al final de cualquier intervención, debería ser la praxis fundamental<sup>5</sup>.

En el proceso del envejecer se pueden diferenciar sumariamente cinco elementos causales: la herencia, la configuración física, la personalidad, la biografía y el entorno. Estos factores son los mismos que van a influir en la enfermedad. Este es un argumento más para resaltar el gran parentesco que existe entre envejecimiento y enfermedad. Existen diferencias, es cierto, pero no siempre notorias. Suele fundirse en el sentir y en el lenguaje de la gente el ser viejo y el estar enfermo. Es común escuchar "La peor enfermedad es ser viejo", refiriéndose a los males que llegan con los años. Bien es verdad que el límite entre enfermedad y envejecimiento es generalmente borroso, y que se precisa experiencia y medios diagnósticos para deslindar decididamente el uno del otro.

Los cambios que se producen en los diversos órganos y sistemas del organismo de la persona que envejece, puede, en no pocas ocasiones, confundirse con los síntomas de una enfermedad. Y es que la enfermedad en los mayores posee unas peculiaridades que no permiten resaltar

nítidamente sus perfiles<sup>6</sup>. Evans escribía que "dibujar la distinción entre el envejecimiento normal y el patológico es como separar lo indecible de lo inefable".

¿Se puede hablar de envejecimiento patológico? El envejecimiento normal es compatible con el estado de salud en la medida que se acompañe de un buen ajuste social y un juicio personal de bienestar vital. El envejecimiento patológico es sinónimo de enfermedad, el apellido patológico es contundente. La salida de los bordes de esa normalidad, funcional o estadística, constituye de por sí una de las propiedades de la enfermedad<sup>7</sup>.

## ENFERMEDAD

La enfermabilidad es una de las notas características del envejecer y viene condicionada por la vulnerabilidad de la edad avanzada. Antes de exponer el hecho básico en patología geriátrica, que es el diferente modo de enfermar con respecto a otras edades, conviene conocer cuál es la definición de enfermedad. Una de las más valiosas, y de plena aplicación al envejecer, es la de Laín Entralgo<sup>8</sup>: "Es un modo de vivir personal aflictivo y anómalo, reactivo a una alteración corporal, en la que padecen las acciones y funciones vitales, por el cual el individuo vuelve al estado de salud, muere o queda en deficiencia vital permanente". Para este autor las vivencias de la enfermedad están constituidas por:

- **Invalidez**, al no poder realizar lo que quiere o lo que necesita.

- **Molestia**, como cualquier grado de aflicción que se extiende desde el disconfort al dolor visceral.

- **Amenaza**, al sufrir la pérdida de la integridad de las funciones y sentirse próxima la sensación de la disolución vital.

- **Succión**, al atenuar la atención de la persona las sensaciones del desajuste orgánico.

- **Soledad**, determinada por la imposibilidad de transmitir las vivencias que la enfermedad acarrea.

- **Anomalía**, nacida de la clara percepción de que sólo los sanos se hallan en el ámbito de la normalidad.

- **Recurso**, por servir siempre de centro de los cuidados del entorno humano que le asiste o por aprovechar la enfermedad para obtener otros beneficios legales, laborales o sociales.

De estas vivencias en la enfermedad de los mayores hay que subrayar la invalidez, la amenaza, la imantación por el cuerpo, la molestia y la soledad, ya que al estar impresas en el propio envejecimiento, se harán más densas y significativas.

Al igual que sucedía con el envejecimiento, la causalidad de las enfermedades en la vejez se sitúa en cinco planos: el genético, el estado premórbido, la historia previa de sus patologías, la personalidad y el entorno.

Aquí el hecho constitucional del envejecer se sustituye por la historia de enfermedad del individuo y por el estado de salud o enfermedad previo a la aparición de la enfermedad. El código genético mantiene una gran relevancia como factor etiológico en la enfermedad de la vejez. Lo mismo sucede con el estado premórbido, la situación en la que se encuentra el anciano antes de presentarse cualquier proceso, tal y como sucede en los cuadros que han de resolverse mediante intervenciones quirúrgicas. La historia de sus anteriores enfermedades permitirá anticipar cómo se desenvolverá cualquier proceso que emparente con aquéllos. La personalidad y la biografía matizarán la respuesta personal a la acción patógena. Y por último, el entorno, será otro elemento causal de notable importancia en el inicio y en la evolución de cualquier proceso patológico. Sirva de ejemplo la neumonía en el medio hospitalario o en la comunidad, tanto por su etiología como por la facilidad con que su convalecencia se llevará a cabo en el medio familiar.

La enfermedad en la vejez presenta unas propiedades que la diferencian significativamente de lo que acontece en otras edades. Estas son:

1. La multicausalidad, por la intervención de distintos planos, tanto exógenos como intrínsecos, como se ha descrito en párrafos anteriores. El cortejo causal, con un factor principal y varios secundarios,

es una sobresaliente propiedad en el perfil diferencial de la vejez.

2. La polipatología, ya que son diversos sistemas y funciones los que participan en la enfermedad. Al igual que en la etiología, se puede distinguir uno principal y los demás subordinados. Es constante que los planos cognitivos y psíquicos se vean siempre afectados.

3. La tendencia a la cronicidad, debido a la lentitud en la reparación de las lesiones y de los trastornos funcionales, que no serán únicos, sino siempre diversos.

4. El riesgo de invalidez, efecto de la dificultad de alcanzar el grado óptimo de recuperación funcional en las últimas fases de la enfermedad, siempre con afectación múltiple de órganos y sistemas.

5. La opacidad sintomática, por la pobreza de la semiología y por el enmascaramiento de los signos en la compleja expresividad que emana de la amplia participación orgánica.

6. La prudencia terapéutica basada en la vulnerabilidad de los ancianos, referida en este caso a la acción de los fármacos y al habitual empleo de varios de ellos.

Debe señalarse que no existen enfermedades propias de los ancianos, aunque buen número de ellas presentan mayor prevalencia en esta edad y su expresión clínica es distinta a la de otras edades. Eso sucede con la Demencia senil. Aunque hay algunos casos que tienen su comienzo antes de los 65 años, la mayoría lo hace después, y su prevalencia va aumentando conforme la edad se incrementa. Este síndrome, como tantos otros procesos patológicos, son edad dependiente. Sucede lo mismo con el cáncer, las fracturas, la insuficiencia cardiaca, las cataratas, etc.<sup>9</sup>

Considerar la enfermedad como situación es una de las características de la Geriatria. Posee un gran valor práctico para programar la intervención terapéutica frente a ella. Esta situación esta conformada por el individuo enfermo, los factores causales que intervienen en la enfermedad, la manera como ésta se manifiesta, el entorno familiar y físico en que se desarrolla y los recursos asistenciales de los que puede disponer. La terapéutica

integral que debe adaptarse en cada caso, ha de tener presente estos elementos para conseguir la eficacia que es precisa. Por eso la praxis geriátrica se constituye como una tarea integradora según la cual, el enfermo y su circunstancia exigen una actuación en niveles de atención, pero siempre globalizadora, combinando los momentos parciales para alcanzar un final sintetizador<sup>10</sup>.

Si se acepta que la enfermedad en la vejez, por sus características y por constituirse como situación, se muestra diferente sustancialmente a la de otras épocas de la vida, ha de aceptarse también que la Geriatria posee en ello un sólido argumento para su conformación e individualización como ciencia médica. Y no porque la atención de los mayores haya de ser exclusiva o preferente competencia de los geriatras. Lo fundamental es entender que cualquier profesional sanitario que posea responsabilidad asistencial en el campo de la vejez debe, inexcusablemente, conocer la materia científica que corresponde a esta edad. Una formación en Geriatria y en Gerontología es imprescindible para garantizar una correcta atención sanitaria a los mayores, en particular en los niveles primarios. La especialidad de Geriatria se dedicará a la asistencia médica en los medios de alta densidad de ancianos, residencias, unidades hospitalarias de geriatría, Centros de Día, etc., o allí donde la patología y sus consecuencias invalidantes originen una problemática asistencial<sup>11</sup>.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la enfermedad en la vejez es una tarea clínica concienzuda y delicada. La semiología en los ancianos pocas veces tiene caracteres típicos. Unas veces por la escasa entidad expresiva de los síntomas, de pobre especificidad, otras por hallarse inmersa en el conjunto sintomatológico de la polipatología, la indagación clínica obliga a mantener una actitud de búsqueda permanente. Los síntomas de la enfermedad hay que obtenerlos por el interrogatorio, pero la peculiaridad es que se lleva a cabo en un enfermo de elevada edad. La poca precisión de los datos que refiere, la repetición de las preguntas por

las limitaciones auditivas, la ambigüedad de sus descripciones, la frecuente presencia de algún grado de deterioro cognitivo que perjudica la rememoración de sus procesos pretéritos, obligan a recomendar que la anamnesis del paciente anciano se haga en presencia de algún familiar o cuidador. Es la manera de conseguir una mayor garantía en la información clínica sobre la enfermedad actual y sus antecedentes patológicos, tanto personales como familiares. Esto hace que la elaboración de una buena historia en un anciano ocupe más tiempo que en otras edades, y que se ponga a prueba la paciencia y la pericia del médico<sup>12</sup>.

La obtención de datos en la exploración física es quehacer más sencillo. Son numerosos los signos que aparecen en el examen de estas personas por los múltiples defectos que lleva en sí el propio envejecimiento. Una vez que se han recogido, es preciso interpretarlos con buen sentido, ya que algunos pertenecerán al proceso principal, otros serán consecuencia de la participación secundaria de órganos y sistemas, y habrá, al fin, un resto que proceden del normal envejecer.

Tras el examen físico procede continuar con las exploraciones instrumentales. Las más sencillas se encuentran al alcance de cualquier médico de Atención Primaria. Entre los instrumentos no debería faltar, junto al esfigmomanómetro, un oscilotonómetro, un otoscopio, un oftalmoscopio y un diapasón. Las determinaciones analíticas son un complemento obligado, sea cualquiera el plano asistencial en el que se encuentre el paciente anciano. Muy conveniente es que se disponga siempre de un medidor de glucosa para toma de gota de sangre del pulpejo del dedo y de tiras de análisis urinario. Exploraciones como la radiología, la ecografía, el doppler, etc. pueden ser aplicadas a casi todos los pacientes ancianos, salvo en situación de alta invalidez o de terminalidad. Cuando hay que someterle a pruebas de tecnología más avanzada, que exijan colaboración del enfermo o que puedan resultar molestas, la evaluación de riesgo-beneficio suele decantarse hacia la evitación de las mismas. El criterio de aplicación de estas exploraciones esta condi-

cionado por la edad, por el estado clínico del enfermo, por las posibilidades terapéuticas y por el disconfort o peligro que conlleve<sup>13</sup>.

Con toda la anterior información clínica se está en disposición de aplicar el instrumento más específico que tiene la praxis geriátrica: la valoración multidimensional. Esta abarca las siguientes cuatro vertientes: Orgánica o física, psico-cognitiva, funcional, social y familiar.

Esta valoración multidimensional se realiza en equipo donde médico, enfermeras, asistente social y otros agentes sanitarios o sociales intervienen aportando la información sobre cada caso, valorando sus necesidades, requiriendo y ejecutando intervenciones, y reevaluando, según objetivos y con un adecuado protocolo, los beneficios conseguidos para el anciano<sup>14</sup>.

### LAS ENFERMEDADES DE LA VEJEZ

Según la evolución, la enfermedad en el anciano, lo mismo que en otras edades, puede clasificarse en:

- Enfermedad aguda, de corta duración, con un incremento en sus atenciones, y que dará lugar, en ocasiones, el internamiento hospitalario.

- Enfermedad crónica, de larga duración, con curso estable o con frecuentes descompensaciones, y que pone a prueba al medio asistencial, tanto al enfermo, como a la familia y a los recursos sanitarios. Algunas de estas enfermedades se convierten en invalidantes, con reducción o pérdida de las capacidades para la movilidad o el cuidado personal. Son numerosas en esta edad, y precisan de un prolongado esfuerzo asistencial. Una buena proporción de estos enfermos incapacitados han de ingresar en Centros Residenciales para dependientes, las Residencias Asistidas.

- Enfermedad terminal, de naturaleza irreversible, con previsible corto final, aunque a veces prolongado. Son enfermedades que obligan a planteamientos asistenciales específicos, tanto en los domicilios y residencias como en las Unidades de Paliativos.

No hay enfermedades exclusivas de la vejez, pero como se ha expuesto un poco más arriba, sí existen ciertas enfermedades y procesos que aparecen de modo prevalente en esta edad y con unas características diferenciales bien definidas. Resulta obligado destacar al Complejo en O de la Geriátría, tal y como lo señalaba hace dos décadas Cape<sup>15</sup>. Este lo constituyen la incontinencia, la confusión mental, los deterioros de la homeostasis, las caídas y los trastornos iatrogénicos. También Isaacs denominaba los Gigantes de la Geriátría a la inmovilidad, a la inestabilidad, a la incontinencia y al deterioro cognitivo. Y sostenía que poseían de común una causalidad múltiple, un curso crónico, una deprivación de la independencia y una terapéutica compleja<sup>16</sup>. Un simple examen de estos cuadros permite reconocer el hecho básico de que su presentación se hace principalmente en la edad avanzada y que su desarrollo, tratamiento y cuidados son distintos a cuando suceden en otra época de la vida. Como ejemplo tómense tres de ellos: la incontinencia, las caídas y la confusión mental. Cualquiera puede ser considerado proceso edad-dependiente, y su prevalencia en la patología geriátrica es muy elevada. La incontinencia, a partir de los 80 años, en la mujer, la padecen una cuarta parte de la población, más en las pacientes institucionalizadas. Las caídas, de intrincada etiología, donde se añaden a trastornos intrínsecos los del entorno, son el origen de las fracturas y de la mayor parte de la hospitalización traumatológica junto a los accidentes de automóvil. La confusión mental o delirium es un proceso que acompaña comúnmente a los ancianos cuando se encuentran hospitalizados por cualquier motivo, y condicionan un notable incremento en las medidas terapéuticas y en su cuidado.

Las enfermedades que poseen más frecuente presentación en los ancianos son las degenerativas, las tumorales, las infecciosas, las autoinmunitarias, las disregulativas, las traumáticas y las iatrogénicas. Las degenerativas tienen por base principalmente la aterosclerosis y buena parte de las cardiocirculatorias pertenecen a este grupo. Han cobrado gran importancia en las últimas décadas las enfermedades

degenerativas cerebrales. De ellas la enfermedad de Alzheimer es la más conocida, aunque hay que situar entre ellas a la demencia frontal, la demencia por cuerpos de Lewy, la enfermedad de Parkinson y a los procesos degenerativos multisistémicos encefálicos.

Las enfermedades tumorales tienen una elevada incidencia en los ancianos. Los cambios inmunitarios que se producen en esta edad pueden ser responsables, en parte, de la pérdida de efectividad de la vigilancia ante células extrañas. El cáncer de pulmón es el más prevalente. Le siguen el de colon, estómago, próstata, mama, útero, vejiga, páncreas, ovario y piel. La evolución de los tumores en los ancianos suele ser de menor agresividad, con mayor lentitud en su crecimiento. Es común que se opte por un tratamiento conservador y paliativo, aunque la decisión se basará en criterios de edad, de la situación previa de salud y según las características de la neoplasia. Son la tercera causa de muerte en la vejez, con una mortalidad entre un 18 y un 20%<sup>17</sup>.

Las enfermedades infecciosas se localizan principalmente en el aparato respiratorio y en el urinario. Las neumonías son los procesos infecciosos más graves que presentan los mayores en el área respiratoria. En las personas de avanzada edad, y con algún grado de incapacidad, es común que el mecanismo de producción sea la hipostasis y la aspiración. Le siguen la gripe y las bronquitis. La tuberculosis tiene en esta edad una prevalencia baja, pero no debe olvidarse que es un proceso de muy difícil diagnóstico y que sigue estando presente en la patología del anciano. La infección urinaria, especialmente la recidivante, aparece muy a menudo en la vejez, favorecida por el residuo vesical, por las patologías prostáticas o vesicales, y por las maniobras de sondaje o la permanencia del mismo. La infección de las úlceras de presión es otro proceso complicativo común en los ancianos. Esta suele ser causa de procesos sépticos de evolución subaguda. Otra infección que aparece más en ésta que en otras épocas, es el herpes zóster. Como causa de muerte las infecciones pueden alcanzar, según las estadísticas, hasta el 35%<sup>18</sup>.

Cuando se examinan por órganos, sistemas y aparatos, los cuadros patológicos que más a menudo aparecen en el anciano son:

- Aparato digestivo: reflujo gastroesofágico, úlcera gastroduodenal, colecistopatía calculosa, colecistitis, cáncer de colon.

- Aparato respiratorio: neumonía, gripe, bronquitis crónica, enfisema, EPOC, cáncer de pulmón.

- Aparato cardiocirculatorio: infarto de miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, enfermedad embólica, hipertensión, hipotensión ortostática, arterioesclerosis obliterante, tromboflebitis, síndrome varicoso.

- Sistema nervioso: síndrome demencial, enfermedad de Parkinson, ictus cerebrales con hemiplejias, epilepsia, neuropatías periféricas.

- Aparato sensorial: cataratas, glaucoma, sordera, síndrome vertiginoso.

- Aparato urinario: hiperplasia prostática, incontinencia urinaria, infecciones urinarias, cáncer de próstata, litiasis urinaria, cáncer de vejiga, insuficiencia renal.

- Sistema osteoarticular: artrosis, fracturas, osteoporosis, artritis metabólicas, enfermedad de Paget.

- Enfermedades endocrinas y metabólicas: diabetes, hipotiroidismo, deshidratación, hipokalemia, obesidad, malnutrición.

- Sistema psíquico: depresión, ansiedad, síndromes delirantes.

Buena parte de los anteriores procesos patológicos tienen la característica de ser crónicos por su patocronía, con una evolución prolongada, con distinto grado de eventos recidivantes. La enfermedad crónica más frecuente en el anciano es la artrosis. Le siguen la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, la depresión, la EPOC, la enfermedad prostática, el síndrome demencial, la diabetes, la arteriopatía obliterante, entre otras<sup>19</sup>.

Entre los procesos invalidantes, más prevalentes cuanto mayor es la edad del sujeto, hay que destacar a la artrosis, que representa casi la mitad de todos los casos de incapacidad. El síndrome demencial es el siguiente, siendo causa de invalidez en

un 40% de los que la padecen. Con bastante menor prevalencia se encuentran las hemiplejias, las insuficiencias cardíacas y respiratorias severas, las arteriopatías obliterantes y las amputaciones, la depresión y la obesidad<sup>20</sup>.

### LA TERAPÉUTICA EN LOS ANCIANOS

La terapéutica de la enfermedad presenta tres vertientes, sea cualquiera la edad que se considere: la curativa, la preventiva y la rehabilitadora. De ellas, en la ancianidad, la preventiva y la rehabilitadora tienen una gran importancia. La terapia en la vejez ha de ser integral, es decir, ha de extenderse por el defecto orgánico que ha establecido el proceso patológico, por la afectación cognitiva y anímica que se ha desarrollado, por el deterioro funcional que les sigue y por el entorno que está condicionándola. La intervención terapéutica ha de tener presente estos cuatro factores si quiere obtener éxito. A la pluripatología y la multicausalidad actuantes en la enfermedad de los mayores hay que sumarle el hecho significativo de la enfermedad considerada como situación, y de la participación de los cuatro planos característicos de la multidimensionalidad de la vejez: orgánico, psico-cognitivo, funcional y social<sup>21</sup>.

La terapéutica curativa se ha de establecer en dos círculos: el médico y el quirúrgico. El médico se basará principalmente en la terapia medicamentosa. El quirúrgico, en las intervenciones, bien de cirugía general, bien de cirugía traumatológica. La indicación de la intervención en los mayores ha de ajustarse a unos criterios, que deben ser precedidos de una correcta evaluación clínica, y nunca rígidos<sup>22</sup>. El desarrollo de las técnicas quirúrgicas y de anestesia han contribuido a ampliar las indicaciones de la cirugía en la vejez. El caso de algún país europeo que limita considerablemente la atención quirúrgica dependiendo de la edad, los hábitos tóxicos o los días por anualidad de estancia hospitalaria, es un extremo que sonroja. La determinación de operar ha de basarse en hechos clínicos que están relacionados con la enfermedad y otros en

dependencia del paciente. Los factores que han de regir la decisión de practicar una intervención quirúrgica y que se concretan en el riesgo quirúrgico son: la edad, la enfermedad origen de la indicación, la situación previa de salud, en especial el estado funcional cardiocirculatorio, respiratorio, renal y cognitivo y la posibilidad de recuperación. Procesos como las fracturas de cadera, el abdomen agudo y los cánceres son un evidente ejemplo del beneficio quirúrgico en esta edad<sup>23</sup>.

La terapia medicamentosa ha de cumplir en esta edad unos requisitos que han de acotarse distintos a los de otras edades. Es oportuno señalar que tanto la toma del fármaco como la absorción, metabolismo, distribución, acción tisular y excreción tienen sus peculiaridades en los mayores. El mal cumplimiento farmacológico, las dificultades para su absorción, las interacciones por el uso plural de fármacos, los cambios en la efectividad de los receptores, y muy especialmente, el compromiso de su aclaramiento renal, son algunos de los factores que hacen delicada la terapia farmacológica, obligando siempre a un cuidadoso planteamiento de la misma<sup>24</sup>.

Las reglas básicas de la medicación en el anciano pueden resumirse en:

- Administrar el menor número de fármacos y con la dosificación más sencilla.
- Iniciar la medicación con la mitad de dosis que en el adulto y incrementarla hasta alcanzar la dosis mínima eficaz.
- Conocer el estado de las funciones renal, hepática y digestiva del enfermo.
- Poseer una suficiente información sobre la historia farmacológica del paciente, de modo especial sus alergias e intolerancias medicamentosas.
- Revisar periódicamente las indicaciones farmacológicas, las dosis y la duración del tratamiento.
- Escribir para el paciente o la familia la pauta medicamentosa que ha de seguir.
- Informar al paciente y a la familia de la medicación, tanto en sus indicaciones como en sus riesgos.

El fundamento argumental de estos consejos es reducir cuanto se pueda el mal cumplimiento medicamentoso del enfermo anciano, evitar las interacciones y los efectos indeseables de los fármacos en aras de un mayor beneficio terapéutico<sup>25</sup>.

La terapéutica preventiva ha de cimentarse en la eliminación o reducción de los factores de riesgo en la ancianidad. Estos pueden estar presentes en la edad previa a la vejez o en la vejez misma. Su actuación será distinta conforme sea el tramo de edad que se considere. Así, a partir de los ochenta se muestran con más importancia los factores de riesgo de las caídas que los cardiovasculares.

Prepararse para una vejez satisfactoria donde se pueda vivir el mayor tiempo posible con autonomía y disfrutando de la edad, lleva aparejado un sana alimentación, una actividad física adecuada a cada circunstancia, un entretenimiento y distracción útiles, un control de patologías de riesgo y una corrección de hábitos nocivos, como el fumar o el abuso del alcohol. Todas ellas son medidas generales de promoción de salud que han de ser recomendadas siempre<sup>26</sup>.

Unos factores de riesgo están impresos en procesos patológicos que se padecen. Este es el caso de la hipertensión, las dislipemias, los síndromes de inestabilidad, la diabetes, el deterioro cognitivo, la depresión, la osteoporosis, etc. Otros son actitudes y hábitos del individuo, como el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el tabaco o el alcohol. Por último, hay factores que son sociales o pertenecen al entorno. Estos son la pobreza, la mala vivienda, la escasa calidad de los cuidados de salud, etc<sup>27</sup>. La actuación ante estos factores tenderá a evitar la aparición de procesos cardiovasculares, caídas, incapacidades. El control medicamentoso de algunos procesos como la hipertensión, la hipercolesterolemia, la diabetes o la osteoporosis ha de ir acompañado de medidas higiénicas alimentarias, de actividad o de reducción del uso del tabaco. La intervención sobre el entorno es más compleja y precisa de planificaciones sociosanitarias<sup>28</sup>.

Cuando se juntan sobre un individuo varios factores de riesgo, se habla de situa-

ción de fragilidad. Este anciano de alto riesgo o anciano frágil es de mucha edad casi siempre, vive solo, ha sufrido viudez o se ha cambiado recientemente de domicilio, presenta una patología crónica que requiere abundantes cuidados o un proceso incapacitante, ha tenido una hospitalización reciente o reiterada, ha sufrido caídas repetidas, padece alguna forma de deterioro cognitivo, una polimedicación y sale muy poco de casa o de la residencia. Estos ancianos con fragilidad necesitan ser incluidos en un programa de seguimiento que redunde en una frecuente valoración de su estado, una terapia adecuada y medidas sociales de apoyo, como la ayuda a domicilio<sup>29</sup>.

La medicina rehabilitadora ha sido uno de los pilares de la atención gerontológica de los últimos años. Para mantener el objetivo primordial de la Geriatría que es procurar que la persona mayor pueda vivir con salud, con autonomía y allí donde quiera hacerlo, la medicina rehabilitadora tratará de recuperar al máximo los defectos funcionales que haya acarreado un proceso patológico. Esta consta, principalmente, de fisioterapia y de terapia ocupacional. Retrasar o evitar la aparición o el desarrollo de cuadros incapacitantes es la función primordial de esta terapia. Los principales cuadros que van a ser objeto de Rehabilitación son las artrosis, la recuperación de las fracturas, las hemiplejias y otros defectos de origen neurológico, la enfermedad de Parkinson y el síndrome demencial. Una buena rehabilitación geriátrica debe llevarse a cabo en unidades específicas dentro del ámbito asistencial gerontológico. Se practica preferentemente en Hospitales o Centros de Día y en las Residencias, pero empieza a ser aplicada con éxito en el medio domiciliario. Y siempre, como cimiento instrumental, la actividad física y cognitiva reglada<sup>30</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BAZO TM. Nueva sociología de la vejez. En: La ancianidad del futuro. Bazo, MT. SG Editores. Barcelona 1992; 17-44.
2. FERICGLA JM. El concepto de vejez. En: Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Fericgla, JM. Anthropos. Barcelona 1992; 71-75.
3. BOBBIO N. La vejez ofendida. En: De senectute. Bobbio, N. Taurus. Madrid 1997; 23-27.
4. ROWE JW KAHN IR. Human aging: Usual and successful. Science 1987; 237: 143-149.
5. PEÑALVER R. Evolución de la salud y coordinación sociosanitaria en el anciano. Documentación Social 1998; 112: 85-96.
6. GARCÍA-ARILLA E et al. Modificaciones corporales, estructurales y funcionales asociadas al envejecimiento. Medicine 1996; 6: 3826-3837.
7. PETERSON M. Physical aspects of aging: Is there such a thing as "normal"? Geriatrics 1994; 49: 45-41.
8. LAIN P. El estado de enfermedad. Editorial Moneda y Crédito. Madrid 1968; 49-53.
9. HORAN, MA. Presentation of disease in old age. En: Brocklehurst, JC, Tallis, RC, Fillit HM, eds. Testbook of geriatric medicine and gerontology (4ª Ed.). Edimburg. Churchill Livingstone 1992; 145-148.
10. IRVINE PV. Patterns of disease: The challenge of multiple illness. En: Cassel; CK., Walls, JR. Eds. Geriatric medicine. (2ª Ed.). New York. Springer Verlag 1990; 96-101.
11. INSALUD. Atención Primaria de salud a las personas mayores. En: Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria de las personas mayores. Servicio de Documentación y Publicaciones. Instituto Nacional de la Salud. Madrid 1996; 25-41.
12. GUILLEN F, LOPEZ-DORIGA P. Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Valoración geriátrica. Anamnesis y exploración física. Indicaciones de pruebas complementarias. Medicina 1995; 87: 3845-3853.
13. ANDERSON F, WILLIAMS B. Problems in diagnosis. En: Anderson, F, Williams, B. Practical management of the elderly. (5ª Ed.). Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1989; 28-39.
14. RUBINSTEIN IZ. Exposing the iceberg of unrecognized disability. The benefits of functional assessment in the elderly. Arc Intern Med 1987; 147: 419-430.
15. CAPE R. Geriatría. Salvat (Eds). Barcelona 1982; 69-91.
16. ISAACS B. The challenge of Geriatric Medicine. Oxford University Press. Oxford 1993; 1-7.
17. PATERSON BW. Cancer in older people: an overview. En: Oxford Textbook of Geriatric Medicine. Evans, JG. y Williams, TF. (Eds.)

- Oxford University Press. Oxford 1992; 285-294.
18. RIBERA JM. Principios básicos sobre las infecciones en Patología Geriátrica. En: Patología infecciosa en Geriátrica. Ribera, JM. y Gil, P.(Eds.).Editores Médicos SA. Madrid 1992; 10-23.
  19. MARTÍN F, SÁNCHEZ I. La práctica de la medicina en el paciente geriátrico. En: Medicina interna en el paciente geriátrico. Tomo I. Martín, F. (Ed.) Saned. Madrid 1990; 18-26.
  20. GUIJARRO JL, SARRASQUETA P, RUIZ DE GORDOA A. Estudio longitudinal comparativo de demencia en el medio domiciliario y en un centro residencial geriátrico:1.Incidencia, enfermedades, invalidez y mortalidad. Rev Esp Geriatr Gerontol 1992; 27: 205-214.
  21. PERLADO F. Terapéutica en Geriátrica. En: Manual de Geriátrica. Salgado, A. y Guillén, F. (Eds). Masson. 2ª Ed. Madrid1997; 539-552.
  22. ROSENTHAL RA, ANDERSEN DK. Surgery in the elderly. En: Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 2th ed. Hazzard, R., Andres, R, Bierman, EL. (Eds). McGraw-Hill. New York 1990; 254-269.
  23. REXACH L. Cirugía en el paciente geriátrico. En: Geriátrica. Ribera, JM, Cruz, A. (Eds). IDEPSA 1991; 136-144.
  24. JENNER G. Prescribing in the elderly. Practitioner 1993; 237: 450-452.
  25. GUIJARRO JL. Medicamentos y calidad de vida en el anciano. En: Consejo farmacéutico: Parafarmacia y medicamentos sin receta. Lasheras, B., Martínez, JA. Y Ariño, A. (Eds.) Facultad de Farmacia. Universidad de Navarra.1995; 97-120.
  26. SELBY P, GRIFFITHS A. Prepararse para el día de mañana y la Jubilación. En: Guía para un envejecimiento satisfactorio. Parthenon Publishing. London 1986; 17-25.
  27. GRAY JAM. Preventing disease and promoting health in old age. En: Oxford Textbook of Geriatric Medicine. Evans, JG, Williams, TF. Oxford University Press. Oxford 1992; 709-714.
  28. RIBERA JM. Factores de riesgo: su importancia en Geriátrica. En: Factores de riesgo en la patología geriátrica. XII. Clínicas Geriátrica. Ribera, JM, Gil, P.(Eds).Editores Médicos SA. Madrid 1996; 11-20.
  29. GONZÁLEZ JI, ALARCÓN MT, SALGADO A. Medicina preventiva en las personas mayores. Medicina 1995; 87: 3854-3861.
  30. DURANTE, P. La actividad como medio terapéutico. En: Terapia ocupacional en Geriátrica: principios y práctica. Durante P, Pedro P (Eds). Masson. Barcelona 1998; 9-14.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- GUILLEN F, PÉREZ DEL MOLINO J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona. Masson 1994.
- PERLADO F. Teoría y práctica de la Geriátrica. Díaz de Santos. Madrid 1994.
- SALGADO A, ALARCON MT. Valoración del paciente anciano. Masson. Barcelona 1994.
- SALGADO A, GUILLÉN F. Manual de Geriátrica. 2ª Edición. Masson. Barcelona 1997.
- RIBERA JM, CRUZ A. Geriátrica en Atención Primaria. 2ª Edición. Uriach & Cia. Barcelona 1997.