

NEFROPATIAS EN ANCIANOS *

D. Jiménez, E. Iñigo, J. Esteban, E. Sagredo

Servicio de Nefrología. Centro Ramón y Cajal Madrid

INTRODUCCION

La presencia de enfermos geriátricos en los Hospitales, es cada vez más frecuente. Esto plantea problemas específicos al ATS desde el punto de vista médico, psicológico y social. Por eso hemos considerado de interés analizar la incidencia de este tipo de pacientes en la Unidad de Hospitalización Nefrológica, así como los elementos diferenciales que caracterizan su manejo.

MATERIAL Y METODOS

Para este estudio hemos revisado los últimos 100 ingresos consecutivos en la planta de Nefrología de adultos de nuestro Hospital, analizando:

- Distribución del ingreso por edades.
- Diagnósticos nefrológicos fundamentales en el informe de alta, en enfermos divididos en dos grupos, según que su edad al ingreso fuera superior o inferior a 60 años.
- Enfermedades asociadas.
- Problemas específicos de manejo desde el punto de vista del ATS.

RESULTADOS

- Distribución por edades: La tabla n.º 1 refleja la distribución del ingreso por edades. Puede observarse que 1/3 de los enfermos presentaban edad > a 60 años (35 casos 33 %) y que en un 18 % de los casos, la edad era superior a 70 años.

- Enfermedad de base: En la tabla n.º 2, se indica la enfermedad nefrológica básica que motivó el ingreso del enfermo. Es evidente la diferencia entre los dos grupos:

Las uropatías fueron claramente más frecuentes en los enfermos superiores a 60 años. El diagnóstico de HTA esencial, ha sido más frecuente en sujetos jóvenes.

Destaca la ausencia de nefropatías glomerulares primitivas filiadas en el grupo con mayor edad. Esto probablemente está motivado, más que por una menor incidencia de glomerulopatías en estos enfermos, en criterios de indicación de biopsia más restringidos para éstos.

- Insuficiencia renal: En la tabla n.º 3 observamos una incidencia notable de insuficiencia renal crónica en el grupo de enfermos jóvenes (31 %); si bien llama poderosamente la atención el 60 % alcanzado en los enfermos mayores de 60 años. La insuficiencia renal aguda, presenta asimismo un porcentaje más elevado (17 %) en enfermos mayores de 60 años, evidenciándose como causa más frecuente la insuficiencia renal aguda obstructiva (11,5 %).

- Enfermedades asociadas: En la tabla n.º 4 podemos ver las enfermedades asociadas encontradas en estos enfermos.

La deshidratación tiene una incidencia mínima en el joven, no así en los > 60 años, con un 17 %.

La infección urinaria es mayor en el anciano, debida en su mayoría a la presencia de

uropatías que determinan una mayor facilidad a la infección.

Es también evidente la asociación con enfermedades en otros sistemas como: cardiopatías 23 %, neumopatías 8,5 %, enfermedades digestivas 14 %, enfermedades neurológicas 11,5 % y diabetes 20 %.

PROBLEMAS ESPECIFICOS DE MANEJO DEL ANCIANO NEFROLOGICO

1) Médicos

El riñón del anciano presenta algunas peculiaridades desde el punto de vista funcional. Las fundamentales son una disminución del filtrado glomerular (aclaramiento de creatinina) y un trastorno de los mecanismos túbulo-intersticiales con menor capacidad de concentración y manejo del sodio. Esto provoca: una tendencia aumentada a la deshidratación ante períodos de baja ingesta, lo que puede conducir a un fracaso renal agudo. Es por tanto de gran importancia el que el ATS vigile la correcta hidratación y alimentación en estos enfermos para evitar esta complicación.

Igualmente, a causa de sus características funcionales, el riñón del anciano es más susceptible a nefrotóxicos, por lo que debe vigilarse cuidadosamente el volumen de orina en enfermos sometidos a este tipo de tratamiento, para detectar precozmente un fracaso renal agudo.

La capacidad de respuesta del sistema vascular del anciano está disminuida, existiendo una mayor facilidad para presentar cuadros isquémicos por hipotensión. Es fundamental que el personal los detecte rápidamente para evitar la producción de lesiones isquémicas (accidentes cerebrovasculares, infartos, FRA, etc.). A la vez se comprobará el tratamiento a administrar por si estuviera prescrito algún fármaco que pudiera agravar la hipotensión.

La susceptibilidad a las infecciones en estos casos, es notable, en parte a causa de las patologías predisponentes (uropatías) y las técnicas, exploratorias y terapéuticas que conllevan. Se debe, por tanto, practicar una asepsia cuidadosa en la manipulación de estos pacientes, así como la detección de síntomas precozmente, dado que en estos casos, la presentación clínica de infecciones puede ser atípica (ausencia de fiebre y difícil de objetivar).

Como norma general, hay que insistir en la movilización de estos casos, la práctica de deambulación y cambios posturales para evitar escaras, tromboflebitis, atrofas musculares, etc.

2) Psíquicos

Los cuadros maníacos y depresivos encontrados en estos enfermos, son frecuentes, dificultando de forma importante su manejo y colaboración.

Presentan en los primeros días de ingreso determinados trastornos psíquicos y de comportamiento, pudiendo destacar como conducta más común: Desorientación, aumento de ansiedad, obstinación y descenso en la capacidad de juicio, verbalización y expresión de ideas.

Esta conducta decrece por lo general tras los 4 ó 5 primeros días de hospitalización, debido en gran parte a una mayor fiabilidad y toma de contacto con el personal que lo asiste. Comienzan a comprender el porqué de su necesaria hospitalización y se animan ante la perspectiva de una mejoría progresiva.

Otros trastornos psíquicos importantes y menos frecuentes son: la agresividad, unos pulsos extravagantes y antisociales, manías, disminución de la memoria, concentración y atención.

Concluyendo, es primordial que el personal encargado de la asistencia al enfermo anciano esté dotado de grandes dosis de paciencia y comprensión, insistiendo tantas veces como sea necesario en la forma adecuada de trato para sacar al enfermo de su cuadro depresivo.

3) Sociales

No menos reseñable es mencionar el importante papel que juega la familia en el estado psíquico del enfermo, bien con una actitud de hiperprotección o abandono, que condicionará notablemente el comportamiento del anciano en la unidad hospitalaria.

TABLA 1
Distribución del ingreso por grupos de edad

Edad (años)	N.º Enfermos
> 20	1
20-29	10
30-39	11
40-49	21
50-59	22
60-69	17
70-79	12
80 ó más	6

TABLA 2
Diagnósticos al alta. Enfermedad de base

EDAD	< 60	> 60 a
N. Glomerular 1. ^a (biopsiada)	20 (31 %)	0 (-)
N. Intersticial	3 (4,5 %)	0 (-)
Hipertensión Art. (Esencial)	14 (21,5 %)	3 (8,5 %)
Uropatías	5 (7,5 %)	13 (37 %)
Miscelánea y No Filiada	23 (35,5 %)	19 (54,5 %)
TOTAL	65 (100%)	35 (100%)

TABLA 3
Diagnósticos al alta. Insuficiencia Renal

EDAD	< 60 a	> 60 a
Insuficiencia Renal Crónica	20 (31 %)	21 (60 %)
Insuficiencia Renal Aguda	3 (5 %)	6 (17 %)
- Obstructivas	0	4 (11,5 %)
- Otras	3 (5 %)	2 (6 %)
TOTAL	26 (41 %)	33 (94 %)

TABLA 4
Diagnósticos al alta. Enfermedades asociadas

EDAD	< 60	> 60
Deshidratación	2 (3 %)	6 (17 %)
Infección urinaria	6 (9 %)	7 (20 %)
Cardiopatías	5 (7,5 %)	8 (23 %)
Neumopatías	0 (-)	3 (8,5 %)
E. Digestivas	4 (6 %)	5 (14 %)
E. Neurológicas	4 (6 %)	4 (11,5 %)
Diabetes	3 (4,5 %)	7 (20 %)

TABLA 5
Problemas específicos de manejo del anciano nefrológico

a) Médicos

1. Mayor susceptibilidad a FRA.
Tendencia deshidratación.
Susceptibilidad nefrotóxicos.
Peor adaptación hipotensión.
2. Mayor susceptibilidad a las infecciones.
Uropatías.
Inmovilidad.
Peor respuesta.
3. Mayor incidencia de enfermedades asociadas.

b) Psíquicos

- C. Depresivos.
- C. Maníacos.

c) Sociales

- Abandono familiar.
- Hiperprotección familiar.