

Medicina humana

Geriatría

*“Ulceras por presión,
estreñimiento, mal nutrición y
sarcopenia”*

6to semestre (cuarto semestre)

Doctor Ricardo Acuña Del Saz

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Síndromes geriátricos

Ulceras por presión

Definición

Son aquellas lesiones producidas en la piel como consecuencia de la compresión, generalmente prologada, entre una superficie externa y una saliente ósea.

Puede ser un gran problema e la evolución en pacientes geriátricos con patologías crónicas invalidantes, o en aquellas que padecen procesos agudos que les obliga a la inmovilización.

Hay cuatro factores que explican los mecanismos por los que se generan presión:

- **Presión:** es factor más importante de la génesis de las úlceras. La presión de contacto de 60 a 70 mmHg durante una o dos horas produce degeneración de las fibras musculares.
- **Fuerza por cizallamiento-estiramiento (tagenciales):** Se produce al deslizar la superficie corporal sobre otra, como ocurre al sentar al individuo, al elevar la cabecera de la cama, al deslizar al paciente al piso, ya que se requiere la mitad de la presión provocar lesión tisular porque con el deslizamiento se produce estiramiento y angulación de los vasos.
- **Humedad:** Favorece la maceración de los tejidos, incrementando la acción de los otros factores. Originada por sudor, orina y excremento.

Epidemiología

Se estima que después de 3 semanas de encamamiento, la prevalencia es del 7.7%.

El 71% aparece en pacientes mayores de 70 años.

Aproximadamente el 20% de los ancianos que viven en residencias desarrollan úlceras por presión.

Clasificación

Las úlceras por presión se clasifican según el grado de lesión tisular, estableciendo cuatro estadios:

Estadio I→ Piel intacta, pero eritematosa, que no blanquea con la presión.

Estadio II→ Pérdida completa de espesor de la piel, con afectación de la epidermis y la dermis. La úlcera es superficial.

Estadio III→ Pérdida completa del espesor, con afectación del tejido celular subcutáneo. La lesión puede extenderse hasta la fascia subyacente, pero no atravesarla.

Estadio IV→ Pérdida de la piel en todo su espesor, con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión de los músculos, huesos o estructuras de soporte. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Etiología

Cualquier proceso que tienda a provocar inmovilidad supone riesgo elevado de aparición de úlceras por presión. Entre los factores más importantes podemos destacar:

- La edad (en relación con los cambios fisiológicos producidos en la piel: pérdida de elasticidad, sequedad, disminución de la grasa subcutánea).
- La inmovilidad (fracturas, encamamientos prolongados, espasticidad).
- Pérdida de sensibilidad.
- Alteraciones respiratorias con repercusión en la oxigenación tisular.
- Alteraciones en la circulación.
- Mal nutrición (hipoalbuminemia, anemia, déficit de vitamina C y/o zinc).
- Alteraciones endocrinas (obesidad, diabetes).
- Incontinencia urinaria y/o fecal.
- Elementos mecánicos (férulas, aparatos ortopédicos).
- Tratamiento con corticoides o citostáticos.

- Factores psicosociales (depresión, deterioro de la propia imagen, falta de higiene).

Diagnostico

De todas las medidas preventiva, la más eficaz es la utilización sistémica de las escalas de detección de riesgo para desarrollar úlceras por presión. Permite el diagnostico precoz de aquellas personas en riesgo. Existe un gran número de escalas: Norton, Arnell, Braden, Nova, Emina,Goosnell, Knoll, las cuales deben realizarse por lo menos una vez a la semana en caso de tener riesgo.

Tratamiento

Los distintos tratamientos tienden a acelerar o estimular la curación disminuyendo la fase de inflamación del proceso cicatricial (con la escisión de esfacelos y desbridamiento), fomentando así la fase de neoformación.

El tratamiento correcto de cada ulcera incluye:

La limpieza de la herida, que debe hacerse con suero fisiológico, para que desprenda y arrastre tejidos muertos y bacterias que colonizan el lecho de la misma.

La eliminación del tejido necrótico por desbridamiento, siendo el procedimiento más eficaz el quirúrgico, aunque no se considera el método inicial del anciano.

Prevención y atención de las infecciones bacterianas agregadas considerando para el tratamiento de la infección la existencia del crecimiento bacteriano de as de 100.000 colonias por gramo de tejido por cultivo, sobre todo si se acompaña de síntomas locales o sistémicos.

La utilización de apósitos adecuados a cada situación clínica, cuya finalidad será mantener el grado de humedad ideal de la herida, de tal manera que favorezca la cicatrización de la ulcera, además de mantener secos los bordes de la misma, confiriendo aislamiento térmico y bacteriano.

Estreñimiento

Definición

Se define cuando existe un descenso en la frecuencia de las deposiciones (menos de tres veces a la semana), asociándose generalmente a las heces pequeñas o duras y un paso dificultoso de las mismas, juntos con la sensación de evacuación incompleta.

Epidemiología

Es un problema frecuente en el anciano, su asociación con la disminución de la calidad de vida, así como diferentes complicaciones su tendencia a la cronicidad, confiere a este síndrome geriátrico,

Etiología

Dentro de las causas más comunes de estreñimiento encontramos:

- **Factores generales:** inmovilidad, incapacidad funcional, dieta pobre en fibra, deshidratación y trastornos anorrectal (ulceras y fisura anal, proctitis, hemorroides).
- **Lesiones intestinales:** cáncer de colon, compresión extrínseca por lesión maligna, estenosis postdiverticulitis o tras lesiones isquémicas, complicaciones postquirúrgicas, megacolon, vólvulos, diverticulosis, denervación inducida por laxantes.
- **Alteraciones endocrino-metabólicas:** diabetes mellitus, hipotiroidismo, alteraciones hidroeléctricas (hipercalcemia, hipopotasemia, hipomagnesemia), uremia, intoxicación por metales pesados.
- **Aletarcciones neurológicas:** Enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, enfermedades y tumores medulares, enfermedad cerebrovascular, esclerosis múltiple, neuropatía autonómica.
- **Enfermedades de tejido conectivo:** amiloidosis, esclerodermia.
- **Psiquiátricas:** depresión, delirium.
- **Sociales:** inaccesibilidad al retrete.
- **Cuerpos extraños.**
- **Fármacos** opiáceos, benzodiazepinas, anticolinérgicos (antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, antihistamínicos, agonistas dopaminérgicos,

antiespasmódicos), diuréticos, antihipertensivos (betabloqueantes, antagonistas de calcio), antiácidos (derivados del aluminio), antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno), suplementos de calcio y de hierro, ácido fólico, sales de litio, uso crónico de laxantes.

Diagnostico

Historia clínica completa con datos sobre el inicio y la forma de presentación de estreñimiento, determinando si se trata de un proceso agudo o crónico, las características de las deposiciones, el patrón intestinal previo y la presencia de otros datos clínicos acompañantes

Exploración física, hemos de prestar especial atención a la exploración local para descartar trastornos anorrectales, realizar un tacto rectal para evaluar el tono del esfínter y del recto, examen de heces (heces pequeñas y compactas sugieren colon irritable o enfermedad diverticulr, la presencia de sangre y moco nos obliga a descartar patología orgnica como neoplasia o enfermedad inflmatoria intestinal, las hecesacintadas sugieren estenosis del canal anal, casi siempre de origen organico.

Realizar estudios complementarios (analítica, radiografía simple de abdomen, enema con bario, colonoscopia, manometría anal, ecografía).

Tratamiento

Medidas higiénico- dietéticas: dieta rica en fibra (20 gr al día mínimo) y líquidos (al menos 2 litros diarios). Se debe realizar ejercicio físico de forma regular y entrenamiento intestinal (acostumbrar al paciente a intentar la defecación a una hora fija, aprovechando el reflejo gastrocólico)

Medidas farmacológicas. Los laxantes se usan cuando existen molestias, no siendo conveniente que se usen más de siete días consecutivos porque pueden ocasionar diarrea.

Existen diversos laxantes:

- **Formadores de masa:** salvado de trigo, metilcelulosa, cáscara de Psyllium. Fijan agua e iones en la luz del colon, ablandando las heces y aumentando

su volumen. Hay que ingerirse con abundante cantidad de líquido (porque pueden producir obstrucción e impactación fecal) y con frecuencia producen flatulencia. Son los laxantes de primera línea.

- **Laxantes osmóticos:** lactulosa, lactitol.
- **Salinos:** sales de magnesio y sales de sodio.
- **Estimulantes:** Bisacodilo, picosulfato sódico, fenolftaleína, antraquinonas (senosidos)
- **Laxantes emolientes:** docusato, aceite de parafina.
- **Laxantes rectales:** aceite de oliva, glicerina, bisacodilo.

Mal nutrición

Epidemiología

La mal nutrición tiene una elevada prevalencia en el paciente anciano:

La tasa de prevalencia de desnutrición energético-proteica en la población anciana ambulatoria es de 3,3% (la prevalencia asciende a un 79% si incluimos los ancianos ambulatorios con riesgo nutricional moderado-alto).

En los pacientes hospitalizados, esta prevalencia alcanza un 68% (incluyendo desnutridos y aquellos con riesgo de mal nutrición).

Etiología

Las principales causas de desnutrición son:

Sociales

- Pobreza
- Limitación funcional
- Soledad
- Falta de conocimiento acerca de la importancia de la alimentación y la nutrición.
- Factores institucionales: monotonía de la dieta en asilos y hospitales
- Preferencias de alimentos por educación y cultura.

Psicológicas

- Depresión
- Deterioro cognitivo
- Demencia
- Alcoholismo

Medicas

- Padecimientos diversos asociada a anorexia
- Medicamentos: polifarmacia, interacción absorción de fármacos-nutrientes
- Alteraciones de la salud oral
- Enfermedad periodontal
- Xerostomía
- Edentulismo
- Prótesis dentales mal-ajustadas

Deterioro funcional

- Dificultad o incapacidad para compra, preparación y conservación de alimentos
- Dificultad para la ingesta, deglución y absorción
- Inactividad física
- Inmovilidad
- Dependencia para la alimentación

Diagnostico

Historia clínica: se debe hacer especial referencia a los antecedentes médicos, buscando las causas que pueden afectar al estado nutricional como

- Cirugía previa
- Enfermedades digestivas (anorexia, diarrea, vómitos, hemorragia digestiva)
- Enfermedades crónicas (cardíacas, respiratorias, demencia, diabetes, hipertiroidismo, neoplasias)
- Agudas (infecciones)

- Mal estado de la boca
- Interrogarse sobre el consumo de tabaco, alcohol o fármacos
- Valoración de la situación funcional (capacidad para realizar actividades de la vida diaria instrumentales)
- Psicológicas (depresión y viudedad)
- Situación social (vivir solo, problemas económicos, nivel cultural bajo, institucionalización y hospitalización)

Datos clínicos

- Los principales síntomas y signos clínicos apreciados en los ancianos desnutridos (piel, cabeza, corazón, abdomen, extremidades, sistema nervioso) palidez, resequedad de la piel, edema y la ingesta alimentaria inadecuada (disminución del apetito).

Valoración nutricional

- Se elabora una multitud de cuestionarios para la detección de posible riesgo de malnutrición. Actualmente uno de los más utilizados es el test de **“Mini Nutritional Assessment”** que valora parámetros antropométricos, situaciones de riesgo (estilo de vida, movilidad y medicación).
- Otras escalas utilizadas son: National Screening initiative (NSI), Nutrition Risk Score (NRS), Nutritional Risk Assessment Scales (NuRAS), Prognostic Nutritional Index (PNI), Subjective Global Assessment (SGA).

Exploración física y valoración antropométrica.

Parámetros bioquímicos: albumina, transferrina, prealbumina, linfocitos totales, etc.

Tratamiento

Aspectos importantes de los requerimientos nutricionales en el anciano

- El total de energía utilizada por los ancianos disminuye cerca del 20% y la tasa metabólica en 15-30%.
- Proteínas 1-1,5 grs/kg al día.

- Grasas: no deben revasar 30% necesidades calóricas diarias por medio grasas poliinsaturadas.
- Fibra 20-30 grs al día
- Micronutrientes: vitamina A 5000 UI, vitamina B6 2mgs, vitamina B12 6 mcg, vitamina D 4000 UI, vitamina E 30 UI, tiamina 1.5 mgs, Ac. Fólico 0.4 mgs, Zinc 15 mgs.

Apoyo nutricional

Alimentación enteral

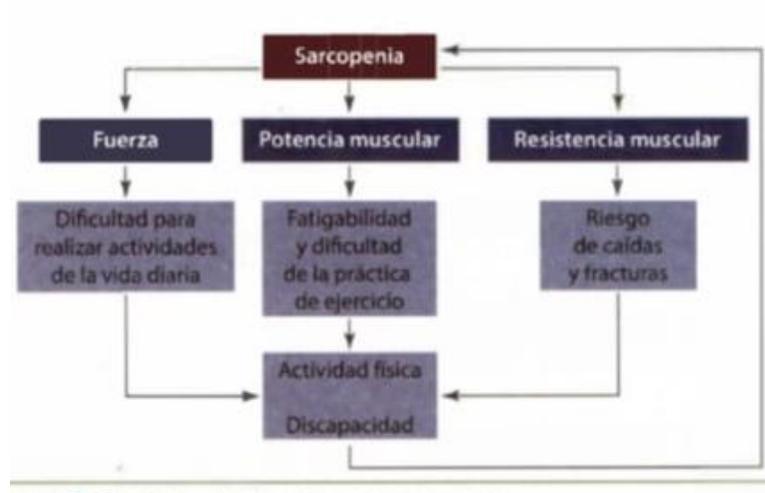
Alimentación parenteral

Sarcopenia

Definición

Es la pérdida de masa muscular esquelética asociado con el envejecimiento, incluso en persona con peso corporal estable, contribuyendo en gran medida a la discapacidad física y la pérdida de independencia del anciano.

Una definición operacional de sarcopenia es una masa muscular apendicular (por ejemplo, la suma de la masa muscular en las piernas y brazos) dividida entre la talla en metros, dando como resultado más de dos desviaciones estándar por debajo de un individuo joven normal.



Clasificación

Sarcopenia primaria→ Sarcopenia relacionada con la edad: ninguna otra causa evidente salvo al envejecimiento

Sarcopenia secundaria→

- Sarcopenia relacionada con la actividad.
- Sarcopenia relacionada con enfermedades (ICC, EPOC, hepatitis, renal, cerebral, enf. Inflamatorias, o enfermedades endocrinas).

Etiología

Factores de riesgo

- Fragilidad perdida de la independencia
- Discapacidad física
- Comorbilidades como caídas, osteoporosis, alteraciones de la termorregulación, intolerancia a la glucosa, entre otros.
- Ingesta dietética inadecuada
- Perdida de apetito como la anorexia, nauseas y vomito
- Efectos inflamatorios por enfermedad como caquexia (es un síndrome metabólico de consunción asociado a una enfermedad subyacente, caracterizado por la pérdida de masa muscular y por consiguiente una pérdida de peso de manera abrupta, con un desenlace de salud desfavorable).

Diagnostico

Masa muscular

- Medidas antropométricas, es patológico un perímetro inferior al percentil 10.
- Absorciometría dual de energía de rayos X (DXA), es patológica la masa muscular mediada mediante DXA menor a 2 desviaciones estándares.
- Tomografía computarizada y resonancia magnética
- Excreción urinaria

- Bioimpedanciometria

Fuerza muscular

- Fuerza de presión palmar
- Test time Up and Go
- Medición de la velocidad de la marcha

Tratamiento

- Tratamiento sustitutivo con testosterona y/u otros andrógenos anabolizantes como la hormona de crecimiento, nandrolona, insulina, entre otros.
- Estrógenos en mujeres.
- Tratamiento nutricional de tipo complementos o suplementos.
- Ejercicio físico de fuerza y resistencia.
- De todas las alternativas terapéuticas, solo el ejercicio físico de resistencia ha demostrado su eficacia en incrementar la masa muscular esquelética.

Bibliografía

ENARM-México. (2017). Síndromes geriátricos. Manual CTO de medicina y cirugía, 4.a edición, Pp. 10-39.