

NOMBRE DE ALUMNO(A): GLORIBEL LÓPEZ SANTIZ.

NOMBRE DEL PROFESOR(A): LIC. ERIKA CEDILLO REYÉZ.

NOMBRE DEL TRABAJO: ROBLEMAS NEUROLÓGICOS DEL ADULTO MAYOR Y SUS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y MAPA MENTAL SOBRE ALTERACIONES (BUCALES, SENSORIALES, DERMATOLÓGICAS, Y DEL SUEÑO)

MATERIA: ENFERMERÍA GERONTOGERIÁTRICA.

CARRERA: LIC. ENFERMERÍA.

GRADO: 6° CUATRIMESTRE.

GRUPO: A

OCOSINGO, CHIAPAS A 10 DE JULIO 2020

LOS PRINCIPALES PROBLEMAS NEUROLÓGICOS DEL ADULTO MAYOR Y SUS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A medida que envejecemos aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas y dentro de ellas, las de origen neurológico marcan un punto crucial.

Las enfermedades neurológicas son alteraciones que se producen a nivel del sistema nervioso, ya sea desde el punto de vista estructural, bioquímico o eléctrico; generándose consecuencias funcionales desde el punto de vista individual, pero también económico y social.

Pero, ¿sabes cuáles son las enfermedades neurológicas que más frecuentemente afectan a los adultos mayores?

ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS MÁS FRECUENTES EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS

Enfermedad de Alzheimer

Esta enfermedad es actualmente la causa más común de demencia.

En ella el paciente comienza a presentar un deterioro cognitivo progresivo, afectándose sustancialmente la memoria inmediata (recuerdos más recientes) y el comportamiento.

El enfermo comienza a presentar alteraciones para realizar actividades de la vida diaria, que al inicio pueden ser confundidas con manifestaciones propias de la edad, pero a medida que avanza la enfermedad estos síntomas aumentan en intensidad.

Llegado determinado punto de deterioro al realizarse exámenes médicos, especialmente los de tipo neuropsicológicos, se esclarece el diagnóstico.

Aunque actualmente para la enfermedad de Alzheimer no existe cura definitiva, la comunidad científica trabaja intensamente en hallar una solución para este terrible mal.

El alzhéimer es una enfermedad progresiva e invalidante donde el apoyo familiar es fundamental. Un ambiente familiar estable, el cuidado físico y el apoyo social son factores importantes a velar.

Enfermedad de Parkinson

Es otra enfermedad crónica degenerativa y neurológica, donde la muerte de las neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra del cerebro desencadena las manifestaciones clínicas que la caracterizan: temblor, rigidez y bradicinesia.

A medida que progresa la enfermedad, las capacidades físicas y neurológicas del paciente se deterioran. Aunque actualmente se conoce más sobre la evolución de la enfermedad, aún su cura no se ha podido lograr, solo se realizan acciones que garantizan la mejoría transitoria de los síntomas motores.

En el tratamiento farmacológico del párkinson la levodopa, sin ser el único, continúa siendo el medicamento más usado. Quirúrgicamente también hay opciones para el control sintomático, como la estimulación cerebral profunda.

Así mismo no hay que ignorar la rehabilitación física y de fonación; así como la ayuda y el apoyo familiar, factores que ayudan a sobrellevar los puntos más complejos en la vida de estos enfermos.

ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES EN LOS ADULTOS MAYORES

Enfermedades neurológicas en los adultos mayores

Otra forma frecuente de enfermedad neurológica es la enfermedad cerebrovascular. La demencia vascular una de sus variantes principales en los mayores de 65 años.

Demencia vascular

Es la segunda causa más importante de demencia en el adulto mayor. Es generada por lesiones en los vasos sanguíneos a nivel cerebral y es la arterioesclerosis su factor de riesgo principal. Se caracteriza por presentar, al igual que el alzhéimer, trastornos de tipo cognitivo, aunque estos pueden ser menos marcados, en especial en lo relativo al deterioro de la memoria. Entre los síntomas que se pueden observar en una persona con demencia vascular están:

- Trastornos relacionados con el lenguaje (afasia).
- Alteración en la ejecución del movimiento, donde la capacidad física se conserva, pero la coordinación motora está limitada por afección neurológica (apraxia).
- Incapacidad para reconocer e identificar objetos, pero la función sensorial no presenta alteraciones (agnosia).
- Dificultad para planificar, organizar, ordenar.
- Alteración de la actividad constructiva (planificación, organización, secuenciación, abstracción).
- Pérdida progresiva de la memoria, donde la de tipo inmediata es la que más se deteriora, generándose en el paciente la incapacidad para aprender y recordar información incorporada de forma reciente.

Mantener un estilo de vida adecuado, con dieta balanceada (rica en frutas y vegetales, evitando las grasas y la sal), eliminado hábitos tóxicos como el cigarro y el alcohol, controlando las enfermedades crónicas y realizando ejercicio físico de forma sistemática, se ayuda a evitar el desarrollo acelerado de la demencia vascular.

EPILEPSIA EN LOS ADULTOS MAYORES

Estas pueden ser de origen genético o aparecer de forma secundaria a otra enfermedad. En el adulto mayor las causas secundarias de epilepsia son las más comunes.

Puede formar parte del cuadro clínico de enfermedades como:

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedades cerebrovasculares
- Tumores cerebrales
- Traumatismos cerebrales
- Enfermedades cardiovasculares

Ante un paciente que no presenta antecedentes personales de haber padecido epilepsia y que presente un cuadro de reciente comienzo se deben buscar y tratar las causas secundarias que lo pudiesen estar generando.

NEUROPATÍAS EN EL MAYOR

La neuropatía diabética dolorosa es una de las que más destaca en los pacientes de esta edad, siendo generadora de gran sufrimiento y discapacidad.

Secundaria a una disminución en la oxigenación neuronal y en el aporte de nutrientes (por causa vascular) se produce una lesión a nivel de los nervios sensitivos.

En sus inicios, el paciente refiere dolor bilateral, profundo, a nivel de los miembros inferiores (en dedos y pies), más intenso en horarios de la noche. Este se puede extender a las piernas y rodillas, incluso llegar a afectar de manera conjunta las manos y los pies, apareciendo el llamado patrón “guante-calzetín”.

Al examen físico algunos pacientes pueden presentar trastornos sensitivos y motores de la zona afectada (disminución de la sensibilidad y los reflejos).

El diagnóstico suele ser predominantemente clínico y la prevención de su aparición en los pacientes diabéticos constituye el tratamiento más efectivo.

TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS, CAUSA FRECUENTE DE AFECCIÓN NEUROLÓGICA

Son los traumatismos craneoencefálicos causa importante de afección neurológica en los ancianos. Estos se producen como consecuencia de accidentes, tanto en el hogar como fuera de este, por ejemplo, debido a caídas o atropellamientos.

Varios factores incrementan el riesgo de accidentes que pueden conducir a traumatismos craneoencefálicos en este periodo:

- Pérdida de habilidad en la actividad motora, generada principalmente por enfermedades del sistema osteomioarticular.
- Acción colateral de enfermedades crónicas (diabetes mellitus, cardiopatías, etc.).
- Pérdida progresiva de la agudización de los órganos de los sentidos (oído/equilibrio, visión)

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL MAYOR.

Gracias al desarrollo de los tratamientos para la esclerosis múltiple, hoy son muchas las personas que han logrado llegar a la tercera edad con esta enfermedad.

Sin embargo, los adultos mayores con esclerosis múltiple actuales no se han llegado a beneficiar de los fármacos de última generación, con lo cual su arribo a este periodo puede estar marcado por limitaciones físicas y funcionales.

Insistimos en la importancia del apoyo familiar para vivir con una mejor calidad de vida esta etapa con la enfermedad.

LESIONES DE LA MÉDULA ESPINAL.

En los adultos mayores, la mayoría de las lesiones a nivel de la médula espinal responden a causas traumáticas, principalmente las caídas, seguida de los accidentes de tránsito. Otras causas se corresponden con las complicaciones médicas, por ejemplo, las derivadas de una cirugía.

Existen causas no traumáticas que las pueden precipitar: tumores, infecciones, medicamentos (causan hematoma epidural), etc.

En los pacientes mayores existe debilidad en la estructura musculoesquelética, lo que puede favorecer el desarrollo de lesiones medulares; así como cambios degenerativos.

En los que presentan estenosis del canal espinal disminuye el espacio para la médula espinal, por lo que existe mayor susceptibilidad ante los traumatismos externos. Enfermedades neurológicas en los adultos mayores

TUMORES CEREBRALES O METASTÁSICOS

Aunque es una enfermedad que se desarrolla a cualquier edad, el cáncer se observa más frecuentemente en las personas adultas mayores.

Las enfermedades oncológicas, ya sea localizadas de forma inicial a nivel cerebral o de forma metastásicas secundarias a la propagación desde otros sitios hasta el área cerebral, constituyen en el anciano una causa de enfermedad neurológica.

Al ser pacientes en los cuales coexisten enfermedades crónicas, esto puede propiciar que los síntomas iniciales de la enfermedad oncológica se puedan enmascarar, ocasionando su diagnóstico en estadios avanzados.

Ante un paciente que comience con pérdida de la memoria por periodos de tiempo variables, inestabilidad para caminar, torpeza en su actividad diaria, trastornos de personalidad, trastornos visuales, así como manifestaciones generales (pérdida marcada de peso, pérdida del apetito, cansancio excesivo), no se debe pensar en estados propios de la edad, la edad no es una enfermedad, y las causas deben ser minuciosamente estudiadas.

Es por esto que recomendamos realizar exámenes médicos rutinarios para la detección precoz de estas afecciones en el adulto mayor.

Atención de Enfermería al Paciente con Problemas Neurológicos

Los problemas neurológicos comprenden una amplia variedad de trastornos, los cuidados de enfermería que se proporcionan a los pacientes que cursan con un padecimiento de este tipo, requieren de un amplio conocimiento de la patología de la enfermedad, de las áreas en que debe centrarse la valoración y del tratamiento médico habitual. El objetivo de la atención neurológica es restablecer el funcionamiento del Sistema Nervioso mediante la utilización en muchas ocasiones de técnicas sofisticadas, equipos complejos y procedimientos invasivos para la vigilancia intensiva de los pacientes, sin embargo, existen cuidados de enfermería comunes para muchos de los pacientes. La enfermera (o) debe desarrollar conocimientos y habilidades que le permitan actuar con eficiencia y rapidez en la valoración, planeación e implementación de los cuidados necesarios para limitar el daño presente, evitar el riesgo de complicaciones y recuperar en lo posible la función perdida.

Valoración de Enfermería

- ✚ Historia clínica de enfermería
- ✚ Historia de salud del paciente
- ✚ Antecedentes familiares
- ✚ Exploración del paciente
- ✚ Función motora
- ✚ Valoración de ojos y pupilas
- ✚ Función respiratoria
- ✚ Signos vitales

Cuidados de enfermería al anciano con problemas neurológicos

- ✚ Cuidados de enfermería para personas con deterioro cognitivo avanzado o demencia
- ✚ Desde el punto de vista de los cuidados de enfermería hay que fijarse principalmente en dos aspectos:
 - ✚ Mantener las actividades básicas de la vida diaria (o ABVD).
 - ✚ Proporcionar los cuidados que permitan mantener, dentro de lo posible, el estado de salud de la persona mayor con demencia.
 - ✚ Mantener las Actividades Básicas de la Vida Diaria con personas con demencia
 - ✚ Mantener las Actividades Básicas de la Vida Diaria con personas con demencia

Las personas mayores con deterioro cognitivo avanzado o demencia suelen tener problemas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (o ABVD), que son las que engloban las capacidades de autocuidado más elementales: alimentación, higiene, eliminación de excrementos y orina, vestido y conservación de la movilidad funcional

Riesgo de caídas

El riesgo de caídas en personas mayores es superior al del resto de población porque les cuesta más moverse, por problemas de visión, etc. En el caso de las personas con demencia o deterioro cognitivo avanzado el riesgo es superior porque presentan más problemas de movilidad. Para evitar caídas podemos tomar algunas medidas preventivas:

Evitar los obstáculos, objetos o cables por el suelo, para facilitar la deambulación (caminar), siempre que ésta sea posible y tolerada. En trayectos largos es más recomendable el uso de silla de ruedas.

- ✚ Tener una buena iluminación: sobre todo en los lugares de paso. Además, por la noche, es conveniente tener alguna luz encendida en el dormitorio, pasillo y cuarto de baño.
- ✚ Evitar alfombras y superficies que hagan resbalar.

Riesgo de infecciones y úlceras

Hay que vigilar especialmente la higiene y las posibles úlceras en personas mayores con demencia o deterioro cognitivo avanzado porque llega un momento en el que se olvidan de la higiene y cada vez permanecen más tiempo inmóvil.

En este sentido algunos consejos son:

- ✚ En caso de inmovilidad hay que utilizar cojines antiescaras durante la sedestación, protección de talones y colchón antiescaras durante el

decúbito. Si la persona está en decúbito (estirada) y no se mueve, habrá que hacerle cambios posturales.

Diagnósticos de Enfermería

Como ya se sabe, los trastornos neurológicos representan una gran diversidad de patologías, en las cuales pueden verse comprometidas las funciones de todos los sistemas del organismo humano, aspecto que hace compleja la definición de un estándar de cuidados enfermeros y un solo patrón diagnóstico. Éstos deben apegarse a la valoración previa específica de cada paciente de acuerdo a la patología presente, sin embargo,

existen muchos cuidados -como ya lo asentamos anteriormente- que son afines por la prioridad con que deben ser abordados durante el esfuerzo por proporcionar alta calidad en la atención de los pacientes con afección neurológica. A continuación, se describen los diagnósticos y sus cuidados más frecuentes, sin que por esto se reste importancia a cada uno de los diagnósticos que se identifiquen en cada individuo enfermo.

Alteración de la perfusión tisular al tejido cerebral, relacionada con el aumento de la presión intracraneal

Cuidados de enfermería

- ✚ Mantener la TA dentro de valores normales mediante la administración de, vasopresores o antihipertensivos prescritos en el tratamiento médico.
- ✚ Valorar los datos de aumento de la PIC y enclavamiento cerebral, en caso de presentarse dar aviso inmediatamente al médico y prepararse para iniciar medidas de tratamiento urgente.
- ✚ Implementar medidas para disminuir la PIC por medio de elevación de la cabecera de la cama entre 30-45° para facilitar el retorno venoso, mantener cabeza y cuello en posición neutra, evitar la flexión extrema de la cadera, atendiendo la indicación médica de administración de esteroides y agentes osmóticos y diuréticos, drenaje de LCR si existe una ventriculostomía, ayudar al paciente en su movilización en cama para evitar giros bruscos y maniobras de valsalva.
- ✚ Mantener las vías aéreas permeables y ventilación adecuada con apoyo de oxígeno para prevenir hipoxemia e hipercapnea.
- ✚ Mantener las cifras de gasometría arterial con PaO₂ > 80 mmHg, PaCO₂ entre 25-35 mmHg y pH entre 7.35 – 7.45.

- ✚ Evitar las aspiraciones de secreciones más allá de 10 segundos, hiperoxigenar e hiperventilar antes y después de aspirar.
- ✚ Mantener la normotermia con medidas de control físico de hipotermia e hipertermia.
- ✚ Vigilar y controlar las convulsiones en colaboración médica con medidas profilácticas y anticonvulsivantes en caso necesario.
- ✚ Administrar los medicamentos sedantes, barbitúricos y relajantes musculares para disminuir el metabolismo cerebral de acuerdo a las indicaciones del médico.
- ✚ Asesorar al paciente si es posible por su estado de conciencia y a los miembros de su familia. Mantener una atmósfera tranquila y evitar temas de conversación que generen estrés en ambos.



Para mantener las vías aéreas permeables en la perfusión tisular es necesario tomar medidas adecuadas.

Evaluación de enfermería

La evaluación de los cuidados e intervenciones de enfermería siempre deben realizarse basándose en los objetivos que se han planteado en el momento de iniciar el cuidado mismo y los logros alcanzados. En realidad, es un proceso continuo de cuidado y evaluación permanente, con la posibilidad de modificar y evitar las intervenciones que no lleven a la consecución del equilibrio buscado en la desviación de la salud del individuo.



ALTERACIONES BUCALES

El envejecimiento es un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de nuestras vidas.

La valoración del paciente geriátrico debe de incluir 5 aspectos fundamentales: salud física, salud mental, nivel socioeconómico, circunstancia del ambiente y estado funcional

Según el investigador Ortega Velazco, los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal.

Un problema bucal puede definirse como toda aquella alteración de cualquier órgano o tejido, blando o duro dentro de la cavidad bucal (labios, carrillos, lengua, encías, paladar, istmo de la fauces y dientes) o en su periferia (zona parilabial, músculos de la masticación, hueso hioides, cara y cuello)

En el sexo femenino se reportó el mayor número de cambios bucales y se evidenció una relación directa entre las alteraciones sistémicas y los cambios bucales, dentro de los cuales el grupo de pacientes diabéticos fue el más afectado.

Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal con la edad, forman parte del envejecimiento general del organismo, conociéndose que un número importante de ancianos presenta enfermedades en los tejidos de sostén y en el aparato estomatognático en general

El cambio motor oral más frecuentemente reflejado en el anciano es el relacionado con la masticación.

En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener 2 orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad. pero inducen a cambios bioquímicos funcionales y estructurales.

La deglución se caracteriza frecuentemente por mostrar una mayor duración en el tiempo de deglución de los alimentos.

*Los músculos masticatorios y de la piel pierden el 20 % de su eficacia al pasar de los 30 años a los 65 años
 *La musculatura facial pierde elasticidad y resistencia debido a la deshidratación y a un aumento del tejido fibroso
 *El tejido muscular se atrofia lentamente y dicha involución se manifiesta por una fragilidad en aumento y por la dificultad progresiva para la ejecución del menor esfuerzo

El habla es la función motora que parece resistir más la influencia del envejecimiento, se afecta casi imperceptiblemente, la xerostomía puede impedir también la pronunciación de palabras.

A nivel de la lengua podemos encontrar reducción del epitelio, atrofia de papilas con mayor afectación de las filiformes.

En cuanto a la función salival, en las mujeres se nota más el cambio de la reducción de la velocidad del flujo salival después de la menopausia.

Los dientes cambian de tamaño, posición, forma y color por modificación de los propios tejidos dentarios (por aumento o disminución de sustancias inorgánicas y orgánicas, esclerosamiento, neoformación tisular, etc.) y por acción del medio bucal (atrición, erosión, caries, pérdida de dientes, enfermedad periodontal v otros).

En los labios es muy común la queilitis comisural relacionada por deficiencias de vitaminas del complejo B y mordedura cerrada.

Los ancianos completamente desdentados tienen menor habilidad para adecuar los alimentos para su deglución.

Modificaciones oculares debidas al envejecimiento A partir de los 65 años hay una disminución constante de la agudeza visual, la sensibilidad al contraste, la tolerancia a los deslumbramientos y los campos visuales.

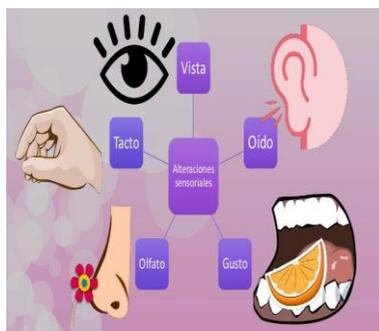
Patología ocular más frecuente en el anciano.

*Cataratas: Son opacidades del cristalino en cualquiera de sus capas.
*Retinopatía diabética: Trastorno crónico de la microvascularización de la retina por la microangiopatía diabética del paciente

Alteraciones auditivas

*Deterioro de las estructuras auditivas
*Pérdida de la audición (presbicia)
*Ruido auditivo anormal persistente (tinnitus)
*pérdida de neuronas en la cóclea y en la corteza temporal.

Si además tenemos en cuenta que estos trastornos suelen asociarse a otras patologías sistémicas, podemos afirmar que se trata de verdaderos síndromes geriátricos



ALTERACIONES SENSORIALES

Las alteraciones sensoriales en la edad anciana cobran una especial importancia no sólo por su alta prevalencia, sino, sobre todo, por las repercusiones que en el ámbito funcional, psicológico y social tienen para el paciente

Alteraciones en el tacto, vibración y dolor

La reducción de la capacidad para detectar la vibración, el tacto y la presión aumenta el riesgo de ulcera decúbito. Pueden sentir dolor, pero no les molesta.



Sensibilidad a la temperatura: difícil establecer la diferencia entre fresco y frío o entre caliente y frío



Alteración del gusto

*La disfunción en el gusto esta relacionada a cambios por envejecimiento fisiológico.
*Atrofia de las mucosas



Cambios en el olfato

La función olfatoria declina por el envejecimiento, se pierde la habilidad para diferenciar varios olores.

En muchos casos, lo que es percibido como un defecto en el sentido del gusto, es en realidad una disfunción en el olfato

Consecuencias de estos cambios

*Deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos, anorexia y malnutrición.
•Disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución.
•Cambios en la voz



El adulto mayor presenta en todos sus órganos y sistemas cambios por el paso de los años. El envejecimiento es una realidad biológica inevitable; es la consecuencia de procesos complejos de daño celular y molecular acumulado que ocasionan un declive funcional progresivo.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos;
- cambios pigmentarios;
- hiperqueratosis epidérmica;
- degeneración del colágeno y de las fibras elásticas.
- esclerosis arteriolar
- reducción de la grasa subcutánea.

Consecuencias de estos cambios:

- piel seca, arrugada, frágil y descolorida
- pelo cano y caída parcial o total del mismo
- uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento
- placas seborreicas
- disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termorregulación
- disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas
- prurito;
- aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS

La piel es una ventana de los cambios cronológicos y la evidencia visible del envejecimiento. Es un órgano complejo en su fisiología y fisiopatología; por lo tanto, sufre cambios intrínsecos o cronoenvejecimiento y cambios extrínsecos englobados en el término de fotoenvejecimiento.

El liquen escleroso y atrófico es una enfermedad crónica inflamatoria que muestra predilección por el epitelio de la zona genital de ambos sexos (85%), y menos comúnmente afecta zonas extraenitales.

Con el envejecimiento el pelo se hace más delgado, menos abundante y pierde su pigmento; se encanece debido a una disminución en el estímulo melanogénico producido por las hormonas sexuales: andrógenos y estrógenos y debido a que los melanocitos foliculares dejan de ser funcionales y producir melanina.

Las úlceras por presión, conocidas como úlceras de decúbito, son mucho más comunes en la población de la tercera edad, el 70% se presenta en personas mayores de 70 años

Cronoenvejecimiento: Con la edad se pierden capas de epidermis, la piel se atrofia y se hace visiblemente más delgada y seca. El estrato córneo pierde su capacidad de retención de agua y la capacidad de barrera de la piel se hace deficiente



Tumores benignos: Las queratosis seborreicas son los tumores benignos más comunes en la edad adulta, consisten en neoformaciones color café, claro u oscuro, sésiles o pediculadas, de superficie anfractuosa, tamaño variable. muy bien delimitadas

La lámina ungueal de las manos se adelgaza (hapaloniquia), se vuelve opaca y aparecen estriaciones longitudinales; además, hay retracción o pérdida de la cutícula



Dermatosis comunes en el viejo: El prurito afecta al 50% de la población mayor de 60 años, y la causa más común es la xerosis aunque también puede ser secundario a alguna enfermedad sistémica, como insuficiencia hepática o renal, anemia, distiroidismo, diabetes mellitus, o incluso ser una manifestación paraneoplásica





ALTERACIONES DEL SUEÑO

Las enfermedades más frecuentes que pueden alterar el sueño porque sus síntomas fragmentan el sueño o impiden su conciliación son la úlcera péptica, el reflujo gastroesofágico, la insuficiencia cardíaca, la hiperplasia de próstata, la artritis reumatoide, etc.

Los trastornos del sueño son muy frecuentes en los ancianos.

Los cambios en el ritmo circadiano también hacen que la conciliación del sueño sea más temprana en personas mayores

Consecuencias de la privación de sueño

- *Perdida de la memoria
- *Reducción de la capacidad de atención. Disminución de la coordinación motora
- *Disminución de la capacidad para adaptarse
- *Irritabilidad
- *Síntomas neurológicos
- *Caídas

El sueño es un proceso fisiológico vital con funciones de restauración, que se compone por las siguientes etapas

Los trastornos del sueño más comunes en edades geriátricas

Tabla 1. Principales trastornos del sueño en los ancianos.

- Síndrome de apneas-hipopneas del sueño
- Síndrome de piernas inquietas
- Movimientos periódicos de las piernas durante el sueño
- Insomnio
- Síndrome de fase adelantada de sueño
- Trastorno de conducta del sueño REM

Sueño de movimientos oculares rápidos (sueño MOR). se caracteriza por sueños vívidos, aumento de actividad cerebral, incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria e inhibición de la actividad de los músculos voluntarios.

Sueño no MOR (NMOR). Se divide en tres estadios:

- Etapa 1. Estado de transición, sueño ligero, "se presenta cabeceo", actividad de ondas cerebrales reducida con movimientos oculares lentos.
- *Etapa 2. Relajación muscular, disminución de la temperatura corporal y de la frecuencia cardíaca, espigas del sueño y complejos K en el electroencefalograma.
- *Etapa 3. Sueño profundo, ondas cerebrales de alto voltaje y baja frecuencia; es la etapa de sueño reparador.

CAMBIOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

- *El inicio del sueño es más difícil.
- *El tiempo total y la eficiencia del sueño es menor.
- *El sueño profundo (NMOR etapa 3) se reduce.
- *El sueño es fragmentado por un incremento en despertares
- *Incremento en el número de siestas y períodos de somnolencia diurna.
- *La duración del sueño MOR suele conservarse, la fase 1 se incrementa y la fase 3 se reduce

El insomnio es uno de los problemas más prevalentes en las personas de edad avanzada.

Se clasifica en tres tipos:

Insomnio a corto plazo También denominado insomnio de ajuste, agudo, relacionado con estrés pasajero, su presentación es en los últimos 3 meses, como un factor independiente para el paciente

Insomnio crónico Cuando los síntomas están presentes al menos 3 veces por semana durante 3 meses o más y no están relacionados con problemas para dormir o un ambiente inadecuado

Otros tipos Aquí se incluyen aquellas quejas para iniciar o mantener el sueño que no llenan los criterios anteriores