

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: GERIATRIA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

CUARTO PARCIAL.

TEMA: SINDROMES GERIATRICOS.



SINDROMES GERIATRICOS

El anciano presenta diversos problemas de salud cuyas peculiaridades clínicas, como son los cuadros clínicos atípicos y multicausales, y la relevancia de sus complicaciones merecen una especial atención. Siendo los grandes síndromes geriátricos los que se caracterizan en este periodo vital por tener una elevada incidencia y prevalencia en el anciano; estando originados por múltiples y variadas etiologías; condicionando deterioros en la calidad de vida del paciente.

El deterioro funcional que producen estos síndromes podrá ser tratado siempre y cuando sean reconocidos.

INCONTINENCIA URINARIA

Se puede definir como la pérdida involuntaria de orina que provoca un problema higiénico y/ o social demostrable objetivamente. Tiene una elevada prevalencia y una gran repercusión sobre la calidad de vida del anciano, siendo además un motivo frecuente de institucionalización (sin embargo, el índice de consulta médica por este problema es muy bajo, próximo sólo a 1/3 de los ancianos que la padecen). Su prevalencia varía en relación con el sexo, la situación funcional, la comorbilidad y el nivel asistencial. De este modo encontramos incontinencia urinaria en el 23% de las ancianas que viven en la comunidad (14% en varones), 35% de los ancianos hospitalizados y entre 30 y 95% en el ámbito residencial.

El tracto urinario inferior (T.U.I.) está constituido por una cavidad de composición muscular (vejiga), cuya función es la de almacenar la orina, y por un conducto de drenaje (uretra), tracto urinario inferior se halla inervado por el sistema nervioso autónomo y por el somático. Esta inervación va a actuar de forma sinérgica modulada por centros encefálicos y medulares. El músculo liso detrusor se contrae mediante la estimulación de nervios parasimpáticos que van de S2 a S4 de la médula espinal. Los mecanismos de los esfínteres de la uretra incluyen el músculo liso proximal (que se contrae con la estimulación simpática de los espinales que van de T11 a L2) y el músculo estriado distal (que se contrae mediante la estimulación somática colinérgica de la médula de S2 a S4). En el sistema nervioso central, los lóbulos parietales y el tálamo

reciben los estímulos aferentes del detrusor, mientras que los lóbulos frontales y los ganglios basales inhiben la evacuación, y el centro de micción pontino integra todo esto en una evacuación completa y socialmente adecuada. De esta forma, cuando la vejiga alcanza su capacidad fisiológica de distensión, se percibe el deseo miccional y, si el sujeto considera que es el lugar y momento adecuados, ese estímulo produce una respuesta motora hasta la vejiga para contraer el detrusor (Ach-Rs muscarínicos), permitiéndose la relajación de la musculatura del suelo pélvico debido a la estimulación por la acetilcolina (Ach), y acto seguido se produce de forma refleja la relajación del músculo estriado periuretral (NA-Rs alfa-adrenérgicos).

Los mecanismos que de una forma directa van a mantener la continencia están localizados a dos niveles, uno proximal, que se corresponde con el cuello vesical (más relevante en la mujer), y otro distal, representado por el músculo uretral (más importante en el varón). Encontraremos así unos requisitos mínimos para mantener la continencia urinaria: almacenamiento efectivo del tracto urinario inferior; vaciamiento efectivo del tracto urinario inferior; movilidad y destreza suficiente para acceder al baño; capacidad cognitiva para percibir el deseo miccional; motivación para ser continente; ausencia de barreras arquitectónicas. Causas: Envejecimiento fisiológico, Patología asociada, Los antecedentes personales, Los problemas médicos activos, Consumo de fármacos, Situación funcional, Situación funcional, Situación social. Clasificación según la duración de la incontinencia: Incontinencia transitoria, Incontinencia establecida. Clasificación según el tipo clínico de incontinencia: Incontinencia de urgencia o inestabilidad vesical, Incontinencia por rebosamiento, Incontinencia de esfuerzo o de estrés, Incontinencia funcional.

El principal tipo clínico de incontinencia urinaria en el hombre anciano es por rebosamiento debido al crecimiento prostático, y en la mujer anciana es la de mixta (de urgencia y de esfuerzo). Diagnóstico: La historia clínica deberá ser lo más completa posible, incluirá los antecedentes personales, el consumo de fármacos, los factores precipitantes, el tiempo de evolución y momento de aparición de la incontinencia, la frecuencia miccional (diurna y nocturna), la intensidad de los

escapes, su forma de presentación (síntomas de urgencia frente a síntomas de esfuerzo, la dificultad en el inicio de la micción y la accesibilidad al W.C.), etc.

INCONTINENCIA FECAL

Es la pérdida involuntaria de materia fecal, ocurre cuando la pérdida en el control del gas o de las evacuaciones líquidas o sólidas, es suficiente para producir malestar y sufrimiento. Es un síndrome que tiene gran repercusión tanto en el anciano como en su familia, ya que afecta desde el punto de vista físico, psicológico, funcional y socioeconómico, pues genera grandes gastos, aislamiento, depresión, maltrato, pérdida de la autoestima, institucionalización, con mala calidad de vida, infecciones en la piel y la presencia de otros síndromes geriátricos como las úlceras por presión.

Elementos implicados: Colon sigmoide y recto: Actúan como reservorio. Permiten almacenar heces sólidas, pero no heces líquidas; Esfínter interno y externo: Actúan de barrera hasta un umbral de distensión que relaja el esfínter interno (involuntario) y el esfínter externo si existe voluntariedad para defecar.

Cuando las heces llegan a la ampolla rectal, se produce un estímulo sobre la pared del recto, transformado en deseo de defecar, acompañado de una relajación refleja del esfínter anal interno (músculo liso) y una contracción de la prensa abdominal, del músculo elevador del ano y de una relajación del esfínter externo (músculo estriado) (fase voluntaria). Cuando el anciano presenta la incontinencia se produce generalmente por debilidad muscular puborrectal y del ángulo anorrectal, alteraciones de los esfínteres anales interno y externo o por pérdida del control neurológico central o local y espinal.

Principal factor de riesgo: impactación fecal por fecaloma, incontinencia urinaria, inmovilidad, enfermedades neurológicas previas (demencia, delirium, EVC, etc.), alteraciones cognitivas, edad mayor de 70 años, fármacos (además de los laxantes, diversos antibióticos, antiácidos, antihipertensivos, tiroxina, digital, propranolol, quinidina, colchicina, sales de potasio, etc.), diarrea, colitis, radiación, depresión severa, inestabilidad de la marcha, neoplasias, artritis, trauma (dilatación anal, cirugía anal, trauma obstétrico), y un acceso difícil al sanitario.

INESTABILIDAD Y CAÍDAS

La inestabilidad es un síndrome que afectan significativamente la calidad de vida de los adultos mayores y tiene múltiples causas con una diversidad de presentaciones característica. Es la sensación de estar fuera de balance o de pérdida del equilibrio que se manifiesta cuando el anciano está de pie o caminando. Se manifiesta con temor a caerse. Es un trastorno del equilibrio común en los ancianos que tienen repercusiones en su movilidad y calidad de vida. Las principales causas son la debilidad, dolor, la rigidez, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos. La debilidad puede deberse al desuso de la musculatura, la malnutrición, sarcopenia, anemia, alteraciones de electrolitos, miopatías y alteraciones neurológicas. Las causas de rigidez están en primer lugar la osteoartrosis degenerativa, luego el Párkinson y la gota. El dolor también provoca inestabilidad de origen muscular, articular, periostio-hueso, bursas, tendones, nervios como la ciática, los procesos inflamatorios locales y sistémicos, entre otros. Diagnóstico: Se efectúa mediante la historia clínica con antecedentes de mareo, vértigo, trastornos en la marcha con historia de caídas; los medicamentos que está tomando, cantidad de fármacos, dosis. A la exploración física, toma de presión arterial de pie y en decúbito para buscar hipotensión ortostática, nistagmos, arritmias y valoración de marcha. Además de aplicación de la escala de marcha y equilibrio de Tinetti.

Se debe de buscar las causas y corregirlas, además de que un tratamiento kinesiológico es fundamental, tanto para movilizar al paciente, fisioterapia de marcha, como para instalar medidas como pasamanos, sillas de altura apropiada, empleo de bastón o de andaderas, etcétera. Además, se debe advertir al paciente y los familiares del reposo prolongado. Se debe dar rehabilitación postural o reeducativo en vértigo postural y alteres raciones laberínticas. Además de usar prótesis auditivas y corrección de problemas visuales. Se debe de intentar evitar benzodiazepinas y neurolépticos en forma excesiva; principalmente se debe adaptar el ambiente al adulto mayor.

Evaluación del riesgo de Todas las personas mayores de 70 años que tengan factores de riesgo para caídas o hayan sufrido alguna caída precisaran una evaluación sistemática y detallada, que incluiría:

1. Anamnesis detallada valorando las actividades antes, durante y después de la caída y la insistencia de síntomas prodrómicos como la casi-caída, vértigos e inestabilidad a la marcha.

2. Valoración geriátrica exhaustiva, que incluirá aspectos biomédicos (antecedentes médicos, historia farmacológica y estado nutricional), valoración funcional (mediante las diferentes escalas de dependencia funcional), valoración mental, nutricional y social.

3. Valoración física general (neurológica, cardiovascular y del aparato locomotor).

4. Exploración de los órganos de los sentidos, la audición y la visión deben examinarse cuidadosamente (valorar la utilización de lentes, la agudeza visual, la visión periférica y la discriminación de colores y contrastes).

S. Exploración del equilibrio y de la marcha.

6. Evaluación del entorno (en busca de peldaños desgastados, barandillas en mal estado, existencia de alfombras, muebles inestables, escasa iluminación, etc.)

7. Realización de exámenes complementarios, si fuese preciso. Se debe realizar un cuidadoso estudio del equilibrio y la marcha mediante diferentes tests clínicos:

Test de Romberg: se coloca al paciente en bipedestación con los ojos cerrados y talones juntos, y se valora la dirección de la caída, si ésta se precipita.

Evaluación cronometrada de la estación unipodal: se mide la duración máxima del equilibrio manteniéndose sobre un solo pie, sin ningún apoyo y sin separar los brazos. Se permiten como máximo cinco ensayos. Debe permanecer como mínimo 5 seg. con los ojos cerrados.

Test de Tinetti. Es una prueba muy completa que evalúa por separado un apartado para el equilibrio formado por 16 ítems, que nos permite valorar el equilibrio estático y dinámico, y otro para la marcha que consta de 12 ítems y nos ayuda a valorar la velocidad de la marcha, la longitud del paso, frecuencia y simetría, movimientos de cadera y pelvis, brazos, postura troncal y regularidad en el apoyo del pie.

Test de "Timed get up and go": el paciente está sentado y debe levantarse y caminar 3 metros, volverse y retornar hacia el asiento, y, por último, sentarse de nuevo en el mismo lugar de la partida. Debemos cronometrar el tiempo que tarda en realizarlo.

Un tiempo superior a 20 segundos sugiere alto riesgo de caída.

INMOVILIDAD

La inmovilidad se define como la disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. El síndrome de inmovilidad o descondicionamiento se caracteriza por una importante reducción de la tolerancia al ejercicio (respuesta taquicardizante, hipertensión arterial, disnea, etcétera), progresiva debilidad muscular y, en casos extremos, pérdida de los automatismos posturales que imposibilitan la deambulaci3n. Causas: El envejecimiento fisiol3gico provoca la aparici3n de debilidad muscular y disminuci3n de la movilidad articular. Estos cambios justifican una cierta limitaci3n de la movilidad, pero a su vez estas alteraciones podr3n ser secundarias a una menor actividad f3sica, apareciendo as3 un c3rculo vicioso en torno a la inmovilidad. La causa principal del s3ndrome de inmovilidad es el encamamiento por convalecencia tras enfermedades agudas, fundamentalmente en caso de hospitalizaci3n. Diagn3stico: Anamnesis, En la exploraci3n, debe prestarse especial atenci3n a los sistemas cardiovascular y respiratorio, el aparato locomotor y la valoraci3n neurol3gica. Dado que los tres pilares b3sicos en la movilizaci3n son la fuerza muscular, la amplitud del movimiento articular y el equilibrio, debe de prestarse especial atenci3n a la movilidad articular (pasiva y activa), fuerza muscular, tono y reflejos posturales, sensibilidad, 3rganos de los sentidos, equilibrio est3tico y din3mico y deambulaci3n. Se debe medir espec3ficamente la presi3n arterial a los cambios posturales, d3ficits neurol3gicos que incluyan una valoraci3n visual y auditiva, deformidades, determinar el estado nutricional y de la piel, y realizar un adecuado examen podol3gico: hallux valgus, dedos en martillo, etc.

Escalas para evaluar discapacidad: 3ndice de Independencia para Actividades de Vida Diaria (3ndice de Barthel y Katz). 3ndice de actividades instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton Brody). Escala de riesgo para 3lceras por presi3n (Escala de Norton, Escala de Braden). Tratamiento: Una vez reconocido el s3ndrome de inmovilidad debe incluirse de forma espec3fica, en el plan de cuidados, las causas de la inmovilidad, las complicaciones asociadas, la repercusi3n funcional y el grado de potencial rehabilitador. Por lo que es importante conocer el grado de incapacidad

existente, cuyo objetivo será recuperar la situación basal previa si la rehabilitación total no es posible (el desacondicionamiento por desuso, sin patología crónica invalidante asociada, es el que tiene mejor pronóstico). Los objetivos de la fisioterapia deben ir dirigidos a aliviar el dolor, aumentar la fuerza muscular, la amplitud articular y a mejorar la marcha. La terapia ocupacional enfocará sus esfuerzos en la capacidad funcional, mediante la utilización de ayudas y adaptaciones del propio hogar. Los riesgos del ejercicio dependerán de la intensidad y la duración de éste, incluyen el cansancio extremo, respuestas hipertensivas, riesgo de muerte súbita, infarto de miocardio y lesiones. Nos servirán como signos de alarma la disnea intensa, tos, sibilancias, sudación excesiva, síncope, molestias musculares o articulares y fatiga que persiste más de media hora tras finalizar el ejercicio.

ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son aquellas lesiones producidas en la piel como consecuencia de la compresión, generalmente prolongada, entre una superficie externa y una saliente ósea. Hay cuatro factores que explican los mecanismos por los que se generan: presión, fuerza por cizallamiento-estiramiento, fricción y humedad. La fricción y la humedad son los factores más importantes en el desarrollo de lesiones superficiales de la piel, mientras que la presión y el cizallamiento lesionan los tejidos profundos.

Valoración: La escala de Norton valora cinco apartados con una escala de gravedad. Se consideran pacientes de riesgo a aquellos con una puntuación baja:

1. Condición física: Bueno (4), regular (3), malo (2), muy malo (1); 2. Condición mental: Alerta (4), indiferente (3), confuso (2), estupor (1); 3. Nivel de actividad: Independiente, camina solo (4), camina con ayuda (3), limitado a silla (2), postrado en cama (1); 4. Movilidad: Normal (4), ligeramente limitado (3), muy limitado (2), inmóvil (1) S. Incontinencia: No (4), ocasionalmente (3), orina usualmente (2), doblemente (1); La puntuación va de 5 a 20. 5-11: alto riesgo de úlceras. 12-16: riesgo evidente. > 16 mínimo riesgo. Una de las principales causas de úlceras por presión es la inmovilidad prolongada. Las dos principales escalas para detectar el

riesgo de úlceras por presión son la de Norton y Braden. Las úlceras por presión se clasifican según el grado de lesión tisular, estableciéndose en cuatro estadios: Estadio I. Piel intacta, pero eritematosa, que no blanquea con la presión. Estadio II. Pérdida parcial del espesor cutáneo, con afectación de la epidermis y la dermis. La úlcera es superficial. Estadio III. Pérdida completa del espesor de la piel, 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. Al clasificar las úlceras, es importante señalar que los músculos y el tejido subcutáneo son más susceptibles a la presión que la epidermis, por lo que se debe sospechar una afectación mayor de la que pueda indicar la lesión de la superficie cutánea.

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 úlcera incluye: La limpieza de la herida, La eliminación del tejido necrótico por desbridamiento, Prevención y atención de las infecciones bacterianas agregadas y La utilización de los apósitos adecuados a cada situación clínica, cuya finalidad será mantener el grado de humedad ideal de la herida, de tal manera que se favorezca la cicatrización de la úlcera, además de mantener secos los bordes de la misma, confiriendo aislamiento térmico y bacteriano. Están contraindicados en las úlceras profundas por la posibilidad de infección por anaerobios, si bien en estas últimas se pueden asociar con gránulos de hidrocoloides para el relleno de las mismas y, en caso de úlceras muy exudativas, con sustancias absorbentes tipo alginatos u otros materiales.

ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es un problema frecuente en el anciano. Se define cuando existe un descenso en la frecuencia de las deposiciones (menos de tres veces a la semana), asociándose generalmente a heces pequeñas o duras y un paso

difícil de las mismas, junto con una sensación de evacuación incompleta. No se encuentran alteraciones significativas en la motilidad cólica al comparar el tránsito entre ancianos y jóvenes sanos. Las causas del estreñimiento son múltiples y variadas, influyéndose tanto alteraciones derivadas del propio envejecimiento como características asociadas al estilo de vida de las personas ancianas y determinados procesos patológicos.

Debemos realizar una completa historia clínica con datos sobre el inicio y la forma de presentación del 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. La historia médica general debe descartar aquellas patologías frecuentemente relacionadas con el estreñimiento, describir la historia farmacológica y los hábitos del paciente, así como datos sobre la situación funcional y social que presenta. En la 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, así como un examen de las heces (heces pequeñas y compactas sugieren colon irritable o enfermedad diverticular, la presencia de sangre y moco nos obliga a descartar patología orgánica como neoplasia o enfermedad inflamatoria intestinal, las heces acintadas sugieren estenosis del canal anal, casi siempre de origen orgánico (aunque pueden aparecer en el colon irritable y las hemorroides). En la exploración general, será importante valorar los signos de deshidratación, así como la presencia de alteraciones abdominales.

La realización de estudios complementarios (analítica, radiografía simple de abdomen, enema con bario, colonoscopia, manometría anal, ecografía) debe realizarse de forma individualizada, investigando principalmente aquellos casos de estreñimiento de reciente aparición en los que no encontremos otro proceso asociado y cuyas manifestaciones clínicas sugieran organicidad.

Tratamiento: Medidas higiénico-dietéticas. Son efectivas en el 60% de los casos. Incluye una dieta rica en fibra (20 gr al día como mínimo) y líquidos (al menos 2 litros diarios). Se debe realizar ejercicio físico de forma regular y un entrenamiento intestinal (acostumbrar al paciente a intentar la defecación a una hora fija,

aprovechando el reflejo gastrocólico). Es importante mejorar la adaptación del hábitat para facilitar el acceso al retrete. Medidas farmacológicas. Los laxantes se usan cuando existen molestias, no siendo conveniente que se usen más de siete días consecutivos porque pueden ocasionar diarrea, además de que su empleo constante provoca una habituación a nivel intestinal. Tratamiento quirúrgico. Está reservado para aquellos casos de resistencia al tratamiento médico con aparición de complicaciones (malnutrición, pérdida de peso, megacolon y alteraciones intrínsecas de la motilidad).

MALNUTRICIÓN

La malnutrición tiene una elevada prevalencia en el paciente anciano. Con el envejecimiento, se producen una serie de cambios que conviene conocer para valorar las necesidades nutricionales de nuestros pacientes: aumento de la masa grasa y reducción de la masa magra (disminución en la densidad mineral ósea, de la masa muscular esquelética, de la masa celular corporal y del agua corporal total). Estos cambios, unidos a la pérdida de talla que se produce con la edad, hacen que, en el anciano, el índice de masa corporal (IMC) se considere normal de 22 a 27 Kg/m² (en los adultos, es normal de 20 a 25 Kg/m²). Con la edad, el gasto energético se reduce debido fundamentalmente a la disminución del metabolismo basal (en relación con la disminución de la masa magra) y la disminución de la actividad física. Las necesidades calóricas del paciente anciano oscilan entre 25 y 35 Kcal/ Kg/ día, siendo útiles las fórmulas de Harris-Benedict y la de la OMS para el cálculo de estos requerimientos en el anciano enfermo. Se considera "dieta equilibrada" cuando un 10-15% de la energía se aporta por proteínas, un 30-40% por grasas y de un 50-60% por hidratos de carbono. La principal recomendación que debemos hacer a nuestros ancianos es que sigan una dieta rica y variada, si bien existen ciertas peculiaridades que conviene tener en cuenta: La tendencia a la ralentización del ritmo intestinal puede prevenirse con una ingesta de fibra adecuada (aprox. 40 gr./día). El peor manejo del balance hídrico predispone a la deshidratación, por lo que es importante insistir en una ingesta líquida abundante (aprox. 2 litros/ día). Ciertas deficiencias de vitaminas y minerales son frecuentes

en el anciano (hierro, calcio, zinc, vitaminas del grupo B, D y ácido fólico), por lo que debemos estar pendientes de su deficiencia para diagnosticarla y tratarla. Debemos insistir en que se produzca una adecuada exposición al sol para un correcto metabolismo de la vitamina D y del calcio. La tendencia a realizar menos actividad física hace que debamos vigilar la ingesta energética (para evitar la aparición de obesidad) y recomendar un aumento del ejercicio físico. Diagnóstico: historia clínica, datos clínicos: Los principales síntomas y signos clínicos apreciados en los ancianos desnutridos son la palidez, resequedad de la piel, edema y la ingesta alimentaria inadecuada (disminución del apetito). Valoración nutricional. Se han elaborado multitud de cuestionarios para la detección del posible riesgo de malnutrición. Actualmente, uno de los más utilizados es el test de «Mini Nutritional Assessment» (MNA), que valora parámetros antropométricos, situaciones de riesgo (estilo de vida, movilidad y medicación), valoración dietética y la valoración subjetiva del estado de salud y nutricional. Parámetros bioquímicos: Son los primeros en alterarse, antes que los parámetros antropométricos y de que aparezcan signos clínicos de desnutrición. Albúmina: es la más frecuentemente utilizada, valores inferiores a 3 mg/dl se asocian con una elevada morbimortalidad en el anciano, siendo un factor independiente de mal pronóstico. Tiene dos inconvenientes: su larga vida media (14-21 días) y la gran cantidad de enfermedades que pueden alterar sus niveles (traumatismos, hipoxia, sepsis, insuficiencia cardíaca, renal y hepática, etc.). Transferrina: es más útil, al tener la vida media más corta (8 días). Sus valores pueden verse alterados por aumento de los depósitos corporales de hierro, cuando existe anemia ferropénica o se administran suplementos de hierro, también se modifica en situaciones inflamatorias y disminuye con la edad. Valores indicativos: debajo de 180 mg/dl. Prealbúmina: su vida media es aún más corta (2 días), por lo que es un indicador más sensible para cambios recientes en el estado nutricional. Valores indicativos: debajo de 15 mg/dl. Linfocitos totales: los linfocitos intervienen en la respuesta inmune y la malnutrición disminuye su producción. De este modo, el recuento de linfocitario y las pruebas de hipersensibilidad retardada permiten una valoración del estado inmunológico y nutricional. Cifras de linfocitos inferiores a 1200 indican un estado moderado de malnutrición y cifras inferiores a

800 un estado severo. Otros: valores bajos de hemoglobina, sideremia, folato y vitamina B12 sérica e hipocolesterolemia total (menos de 160 mg/dl), balance nitrogenado, aminoácidos plasmáticos, y tiempo de protrombina alargado (Vitaminas A, O, E, K) deben hacer sospechar malnutrición. Para prevenir la malnutrición, debemos evitar las dietas muy restrictivas y que la textura de los alimentos sea la adecuada en función de la dentición y capacidad de deglución del anciano, para tal efecto es importante mantener una alimentación balanceada y tolerable con la ayuda de la nutrióloga clínica especializada en los ancianos.

SARCOPENIA

La sarcopenia es la pérdida de masa muscular esquelética asociado con el envejecimiento. 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. La disminución de la masa muscular se acompaña de otros cambios en la composición corporal, como un incremento progresivo de la masa grasa. Este aumento de la obesidad en los ancianos ha recibido el término de "obesidad sarcopénica" una combinación de exceso de grasa corporal y reducción de la masa o fuerza muscular. La Sarcopenia es el resultado de una variada interacción de factores, entre los cuales están: Sistema Nervioso Central; Muscular; Factores Humorales; Estilo de Vida; Circulación; Genéticos; Nutrición.

Teorías del Envejecimiento: Incremento en la actividad de citosinas proinflamatorias como la IL-1, IL-6 y TNF-alfa (incrementándose por procesos secundarios inflamatorios), aunado a una mayor disfunción mitocondrial y apoptosis.

Diagnostico: No existe un método de referencia para determinar si un paciente esta propenso a padecer Sarcopenia. No hay valores de referencia universales para la masa muscular.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM)

Es un síndrome de etiología (s) intrínseca y/o extrínseca, con alteraciones en el nivel de conciencia, dificultad para mantener la atención, y trastornos perceptivos de orientación, lenguaje, ciclo sueño/vigilia y de la actividad psicomotora; de inicio brusco, evolución fluctuante y remisión variable. reflejando un desequilibrio homeostático y una baja reserva fisiológica cerebral.

DEPRESIÓN

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el anciano, pese a que a menudo no es reconocida, causando importantes repercusiones clínicas y funcionales. La prevalencia de depresión en las personas mayores de 60 años es significativamente mayor que en grupos de edad más jóvenes. La depresión puede ser un efecto secundario de muchos fármacos, con síntomas que aparecerán entre días y semanas tras el inicio del consumo del fármaco. Dentro de este grupo, se incluyen numerosos antihipertensivos: betabloqueantes (especialmente el propranolol), metildopa, reserpina y guanetidina; los corticoides; los antiparkinsonianos (especialmente la levodopa), aunque la propia enfermedad de Parkinson podrá ser la causante de depresión; otros fármacos frecuentemente asociados son la digoxina, las hormonas sexuales y la quimioterapia. El abuso de algunos fármacos (psicoestimulantes, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos) o tóxicos (alcohol) pueden ser también causa de depresión. La depresión debido a un duelo o pérdida reciente no debe ser considerado una alteración psiquiátrica. Podremos considerar como normal la aparición de determinados síntomas: sensación de falta de aire, suspiros frecuentes, recuerdo persistente de la persona fallecida, hiporexia, opresión en la garganta, etc. El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico según los criterios del DSM-5 o CIE 10, aunque la existencia de síntomas atípicos hace necesario el apoyo de escalas validadas y desarrolladas en los ancianos, como la escala de depresión de Yesavage, la de Beck y la de Hamilton, esta última es de utilidad en aquellos ancianos que no pueden responder a un cuestionario autoadministrado (como la de yesavage), especialmente en pacientes con deterioro cognitivo. En la escala de Yesavage de 30 reactivos, se determina depresión cuando tiene un puntaje mayor o igual a 11, aunque la especificidad logra

ser del 100% cuando el puntaje es mayor a 14. La entrevista psicopatológica deberá incluir: la duración del actual episodio, la existencia de episodios previos y su respuesta a tratamiento, la existencia de una historia familiar de depresión, la presencia de ideas o antecedentes de intentos de suicidio (como es la ausencia en la ingesta de sus medicamentos habituales o la hiporexia), una historia de abuso de alcohol, el consumo de fármacos, las principales enfermedades crónicas, la situación funcional, las pérdidas recientes de familiares y la opinión de la familia o personas más cercanas como son los cuidadores primarios. Tratamiento: La elección del tratamiento depende de múltiples factores: gravedad de los síntomas, enfermedad primaria, comorbilidad asociada, perfil de efectos secundarios y situación sociofamiliar. Dada la recurrencia de la depresión en el anciano, la duración del tratamiento antidepressivo no debe ser inferior a 6 meses, siendo frecuentemente necesario mantener el tratamiento incluso durante años o de forma indefinida. Los objetivos del tratamiento son: Adquirir remisión completa de los síntomas; Prevenir la recaída; Evitar la recurrencia; Mejorar la funcionalidad; Mejorar la calidad de vida; Disminuir los costos de los servicios de salud; Entre los diversos abordajes terapéuticos:

1. Antidepressivos tricíclicos.
2. inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
3. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina
4. Antidepressivos atípicos
5. inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).
6. Litio
7. Psicoestimulantes.
8. Terapia electro convulsiva
9. Psicoterapia

DEMENCIA

La demencia se define como un síndrome adquirido, producido por una disminución de la patología orgánica capaz de producir un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que conlleva a una incapacidad funcional, tanto en el ámbito

social como en el laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia. La definición más ampliamente utilizada en la actualidad es la que establece la Asociación Americana de Psiquiatría en su manual diagnóstico y terapéutico (DSM-5). Evidencia de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios basados en: Preocupación en el propio individuo, en un informante que lo conoce (cuidador primario) o en el clínico porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o en su defecto por otra evaluación clínica cuantitativa. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades de la vida diaria. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional (delirium). Los déficits cognitivos no se explican mejor por otros trastornos mentales (ejemplo: esquizofrenia, trastorno depresivo mayor). Dominios neurocognitivos: atención, ejecución, aprendizaje/memoria, lenguaje, vasuconstricción, visuopercepción, cognición social. Debemos de distinguir los cambios cognitivos propios del envejecimiento y una demencia. El envejecimiento exitoso suele ir acompañado de una serie de modificaciones en el funcionamiento cognitivo del viejo: 1. La memoria a corto plazo declina levemente, pero no se modifican la memoria inmediata ni remota. 2. En el lenguaje disminuye la denominación y la fluencia verbal, conservándose la sintaxis y el léxico. 3. La habilidad visuoespacial, la construcción y percepción se encuentra disminuidas. 4. Se mantiene la atención. 5. La velocidad del procesamiento, tiempo de reacción/elección se disminuye. Exploración física. Debe incluir una exploración física general, destacando las alteraciones a nivel cardiovascular, endocrino, hepático, etcétera. La exploración neurológica debe buscar signos de focalidad, trastornos en la oculomotricidad, alteración en la marcha, movimientos involuntarios, signos extra piramidales y la presencia de reflejos de liberación frontal. Valoración funcional. Se valorará la capacidad de realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (índice de Katz, Barthel y de Lawton-Brody), serán también de utilidad el Functional Activities Questionnaire (FAQ) y el Clinical Dementia Rating (CDR) en la valoración global de la demencia.

ALZHEIMER: Fases de la enfermedad de Alzheimer

Latinoamérica lo está ocupando la demencia vascular. El progreso de esta enfermedad a un estadio severo es a 10 años en promedio. Desde el punto de vista evolutivo se establecen tres estadios con implicaciones pronósticas: 1. Demencia leve o estadio 1. Suele durar entre 1 a 3 años. En esta fase, destaca la pérdida de memoria (amnesia) para hechos recientes, así como la incapacidad de asimilar nueva información. El paciente suele conservar esquemas de conducta previamente aprendidos, aunque presenta una marcada desadaptación ante los cambios del entorno en las actividades avanzadas de la vida diaria. Puede aparecer empobrecimiento del lenguaje, principalmente dificultad para encontrar las palabras, y algunas apraxias, como la del vestido. 2. Demencia moderada. Puede tener una duración de 2 a 10 años. Se acentúan los síntomas de la fase anterior, con apraxia marcada para las actividades instrumentales de la vida diaria. El lenguaje se empobrece aún más y aparece ecolalia, desorientación temporoespacial, vagabundeo y otros trastornos conductuales. Pueden desarrollar síntomas de psicosis como alucinaciones auditivas y visuales, paranoias y delirios.

Clasificación de la demencia tipo Alzheimer según el CIE-10: Se pueden clasificar en 4 rubros: 1. Demencia en la EA de inicio precoz. Inicio antes de los 65 años y el deterioro tiene una evolución más rápida, con marcadas alteraciones de las funciones corticales superiores. En la mayoría de los casos se presentan, en períodos relativamente precoces de la evolución, afasias, agrafia, alexia o apraxias. 2. Demencia en la EA de inicio tardío. El comienzo clínico tiene lugar después de la edad de los 65 años, normalmente hacia finales de los 70 e incluso más tarde, con un curso lento y en la que normalmente el rasgo más prominente es el deterioro de la memoria. 3. Demencia en la AE atípica o mixta. Son las demencias cuyas características no se ajustan a las descripciones y pautas para el diagnóstico de inicio precoz o tardío, siendo las demencias mixtas (vascular y Alzheimer) 4. Demencia en la EA sin especificación.

ALTERACIONES DEL SUEÑO Son comunes las alteraciones del sueño en los ancianos.

Introducción del sueño: El sueño se divide esquemáticamente en cinco fases, cuatro de los cuales responden a criterios electroencefalográficos precisos. Se diferencian tipos de sueño.

1. Movimientos oculares rápidos (MOR o REM) es un sueño paradójico, activo y rápido.

2. No REM, también llamado ortodoxo no onírico y tranquilo.

Movimientos oculares: Se produce contraste entre la inhibición casi completa del tono muscular (con excepción de los músculos oculares) y la excitación del sistema autónomo en cuanto a respiración, presión arterial y ritmo cardíaco. Es la fase del ensueño y constituye el 20- 25% del tiempo total del sueño. Se reconocen 4 fases: Fase I. Fase de transición entre el estado de vigilia y sueño (somnolencia). Dura 30 min y supone el 5% del total de sueño.

Fase II Es la primera fase del sueño verdadero, llamado sueño lento superficial. Constituye el 45% del total de sueño.

Fase III y IV También denominado sueño lento profundo. Constituye el 20 a 25% del total de sueño.

Los ciclos MOR y no MOR se encuentran organizados en períodos de 90min de duración aproximadamente y son modulados por un ritmo circadiano de unas 24 hrs de duración sueño- vigilia. El sueño presenta una sucesión de 4 a 6 ciclos, siendo el sueño lento (no MOR) la parte más baja, con un débil nivel de las funciones biológicas y el MOR la cresta con una actividad intensa e irregular.

INSOMNIO

Es la alteración más común en los ancianos y se define como la dificultad en conciliar el sueño, despertares frecuentes, despertar precoz o sueño no reparador. Será lo suficientemente grave como para provocar cansancio diurno o que se observe cambios en el carácter como irritabilidad o deterioro de la actividad diurna. Debe presentarse por lo menos tres veces en una semana durante un mínimo de un mes, y debe ser lo suficientemente grave como para dar lugar a cansancio diurno, irritabilidad o deterioro de la actividad diurna. Las molestias que produce el

insomnio son: Disnea nocturna, Precordalgia atípica, Palpitaciones, Tos, Dolor fuerte articulaciones, Aumento del nictamero, Alteración de la memoria y razón

En el anciano existen 3 patrones de insomnio identificables.

1. Insomnio de conciliación del sueño. Caracterizado por una latencia de sueño prolongada (más de 30 min)
2. Insomnio del mantenimiento del sueño. Donde no existe dificultad para dormirse, pero el individuo se despierta frecuentemente durante la noche.
3. Insomnio de despertar precoz. Donde el sujeto se despierta más temprano de lo habitual (2 horas) y es incapaz de volver a dormirse.

HIPERSOMNIA

Las hipersomnias sintomáticas son muy frecuentes en los ancianos, y se deben a las alteraciones metabólicas (hipoglucemia, uremia, hipercapnia), insuficiencia hormonal (hipotiroidismo), hipertermia (procesos febriles), procesos ocupantes de espacio endocraneal (hidrocefalia, tumores}, hipoperfusión sanguínea cerebral (enfermedad cerebrovascular crónica), déficit de oxigenación (EPOC), y sobre todo administración indiscriminada de sedantes. Otros tipos de hipersomnias son el síndrome de Pickwick siendo de mal pronóstico, caracterizado por somnolencia excesiva diurna, obesidad importante y respiración tipo Cheyne- Stockes. El síndrome de Kleine Levine que se manifiesta por hipersomnia, pereza diurna, irritabilidad y polifagia; rara vez tiene causa orgánica, y parece tratarse de un trastorno del comportamiento. El síndrome de Galineau, el cual se pone de manifiesto por accesos repetidos de sopor intenso e irresistible, de varios minutos de duración, que se producen de forma aislada o asociados a otros; presentando un cuadro de narcolepsia, cataplejía, alucinaciones hipnogógicas, etc.

DISOMNIAS

La más frecuente en los ancianos es la apnea del sueño, definiéndose como un cese del flujo aéreo durante más de 10 segundos, que se presenta dos o más veces por hora, o 30 veces en total durante el sueño. Se denomina obstructiva cuando se debe a un bloqueo de las vías aéreas, central cuando obedece a

interrupciones del ritmo respiratorio durante el sueño y, mixta siendo la más común en los ancianos.

BIBLIOGRAFIA:

Carlos Nadim Toloza Salech-Darinel Navarro Pineda. (2017). MANUAL DE CTO DE MEDICINA Y CIRUGIA DE GERIATRIA. MEXICO: Grupo CTO