

MATERIA: GERIATRÍA.

CUARTA UNIDAD.

TEMA: SÍNDROMES GERIÁTRICOS.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.

SINDROMES GERIÁTRICOS.

El anciano presenta diversos problemas de salud, siendo los grandes síndromes geriátricos los que se caracterizan en este periodo vital por tener una elevada incidencia y prevalencia en el anciano.

Los síndromes geriátricos más importantes son: incontinencia urinaria, incontinencia fecal, inestabilidad y caídas, inmovilidad, úlceras por presión, estreñimiento, desnutrición, sarcopenia, síndrome confusional agudo o delirium, depresión, demencia, alteraciones del sueño, mareo y síncope, fragilidad, e infecciones urinarias.

En general son más frecuentes en ancianos hospitalizados o institucionalizados en residencias.

INCONTINENCIA URINARIA

Se puede definir como la pérdida involuntaria de orina que provoca un problema higiénico y/ o social demostrable objetivamente

Mecanismos fisiopatológicos.

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).

El 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.

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).

Causas.

1. Envejecimiento fisiológico
2. Patología asociada
3. Consumo de fármacos
4. Situación funcional
5. Situación social

Tipos de incontinencia.

Clasificación según la duración de la incontinencia:

1. Incontinencia transitoria: es reversible, con una duración inferior a cuatro semanas y su alteración se considera funcional, sin alteraciones estructurales.
2. Incontinencia establecida: con una duración superior a las cuatro semanas y con un mecanismo patogénico de origen estructural.

Clasificación según el tipo clínico de incontinencia:

1. Incontinencia de urgencia o inestabilidad vesical: Es la más frecuente. Aparece cuando las contracciones no inhibidas del detrusor se producen espontáneamente y superan la resistencia de la uretra.
2. Incontinencia por rebosamiento: aparece cuando la presión intravesical excede la presión uretral con grandes volúmenes de orina en el interior de la vejiga,

los escapes de orina son de escaso volumen, pero el residuo postmiccional es característicamente alto (mayor de 100cc).

3. Incontinencia de esfuerzo o de estrés: aparece cuando el aumento de presión intraabdominal supera la resistencia uretral, provocando la expulsión de pequeñas cantidades de orina
4. Incontinencia funcional: aparece cuando un anciano continente, con tracto urinario intacto, no desea o es incapaz de alcanzar el lavabo para orinar.

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.

La exploración física prestará atención a la sensibilidad anal y perianal, con observación del introito vulvar, evaluación prostática y reflejos bulbocavernoso y cremastérico.

Realizaremos una valoración funcional que incluya movilidad y función mental.

Tratamiento.

- Técnicas de modificación de conducta: Ejercicios de la musculatura pélvica (Kegel), técnicas de biofeedback, reentrenamiento vesical.
- Tratamiento específico de la incontinencia de urgencia: Además del tratamiento farmacológico, serán de utilidad las técnicas de modificación de conducta (estimulación eléctrica, neuromodulación). Emplearemos fármacos con actividad anticolinérgica y propiedades antiespasmódicas.
- Tratamiento específico de la incontinencia por rebosamiento: En los casos de obstrucción al tracto urinario de salida, se debe plantear una corrección quirúrgica de la obstrucción (prostatectomía, dilataciones uretrales).

- Tratamiento específico de la incontinencia de esfuerzo: El tratamiento quirúrgico consiste en la elevación de la unión uretrovesical hacia una situación intrabdominal por encima del pubis, y es el considerado de elección.
- Tratamiento específico de la incontinencia funcional: Se debe intentar mejorar las condiciones físicas y/o mentales del anciano y, si no fuera posible, reforzar a los cuidadores para establecer un programa de micciones programadas adaptado a las características de cada anciano.

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.

Tipos de incontinencia fecal menor.

- "Ensuciar la ropa interior".
- Incontinencia de gas.
- Urgencia defecatoria debido a la incontinencia de líquidos.
- Incontinencia verdadera a heces líquidas.

Tipos de incontinencia fecal mayor.

- Lesión del suelo pélvico.
- Fármacos.
- Prolapso rectal completo.
- Cáncer de recto.
- Alteraciones neurológicas.
- Enfermedades miopáticas.

Diagnóstico.

Se basa en la historia clínica, siendo importante preguntar características y número de evacuaciones, inicio, síntomas que lo acompañan.

A la exploración de las características del abdomen, si hay distensión, dolor, presencia de masas, peristalsis.

Debe efectuarse exploración neurológica detallada.

Tratamiento.

- Corregir la enfermedad subyacente, si es posible.
- Tratamiento farmacológico.
- Técnicas de modificación de conducta.
- Tratamiento de la incontinencia anorrectal.

INESTABILIDAD Y CAÍDAS.

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.

Causas de inestabilidad.

Las principales causas son la debilidad, dolor, la rigidez, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos.

Diagnóstico de la inestabilidad.

Se efectúa mediante la historia clínica con antecedentes de mareo, vértigo, trastornos en la marcha con historia de caídas; los medicamentos que está tomando. A la exploración física, toma de presión arterial de pie y en decúbito para

buscar hipotensión ortostática, nistagmus, arritmias y valoración de marcha. Además de aplicación de la escala de marcha y equilibrio de Tinetti.

Tratamiento de la inestabilidad.

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.

SÍNDROME DE CAÍDAS.

Las caídas constituyen un fenómeno muy frecuente en la edad avanzada. Son uno de los indicadores más importantes en geriatría de fragilidad o tendencia a la discapacidad. El síndrome de caída se define como la presencia de 2 o más caídas en el lapso de menos de 1 año.

Causas de caídas.

La causa de una caída es consecuencia de una compleja y dinámica interacción de factores intrínsecos, extrínsecos y el grado de exposición conductual al riesgo que una persona elige asumir

- Factores intrínsecos: El control postural está determinado por la aferencia sensorial (función visual, vestibular y propioceptiva), el adecuado procesamiento de la información y la eficaz respuesta efectora (músculos, articulaciones y reflejos). Una alteración en cualquiera de estos niveles aumentará la probabilidad de aparición de una caída
- Factores extrínsecos: Contribuyen al riesgo de caídas cuando encontramos obstáculos o peligros en el entorno

Evaluación del riesgo de caídas.

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.

Se debe realizar un cuidadoso estudio del equilibrio y la marcha mediante diferentes tests clínicos: Test de Romberg, Evaluación cronometrada de la estación unipodal, Test de Tinetti y Test de "Timed get up and go"

Tratamiento de caídas.

El objetivo del tratamiento del paciente que ha sufrido una caída, sin la presencia de alguna complicación, consiste en minimizar el riesgo de sufrir nuevas caídas evitando el comprometer la movilidad, así como el grado de independencia funcional.

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, progresiva debilidad muscular y, en casos extremos, pérdida de los automatismos posturales que imposibilitan la deambulación.

Causas.

El envejecimiento fisiológico provoca la aparición de debilidad muscular y disminución de la movilidad articular.

Cuadro clínico.

Las formas de presentación de este síndrome son variadas según la causa subyacente.

Diagnóstico.

Anamnesis: Permite identificar condiciones clínicas que conducen a la inmovilidad, factores de riesgo asociados, uso de medicamentos, tiempo de evolución, impacto en las actividades de la vida diaria, aspectos psicológicos y sociales que rodean al anciano.

Escalas para evaluar discapacidad:

- Índice de Independencia para Actividades de Vida Diaria (Índice de Barthel y Katz).
- Índice de actividades instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton Brody).
- Escala de riesgo para úlceras por presión (Escala de Norton, Escala de Braden).

Tratamiento.

Una vez reconocido el síndrome de inmovilidad debe incluirse de forma específica, en el plan de cuidados, las causas de la inmovilidad, las complicaciones asociadas, la repercusión funcional y el grado de potencial rehabilitador.

ÚLCERAS POR PRESIÓN.

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

Fisiopatología.

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.

Localización.

Dependerá del lugar de la piel que esté sometido a mayor presión. Las zonas más frecuentemente afectadas son el sacro, los talones, las tuberosidades isquiáticas (fundamentalmente en los casos de sedestación) y los maléolos externos.

Escalas de valoración y prevención.

De todas las medidas preventivas, la más eficaz es la utilización sistemática de escalas de detección de riesgo para desarrollar úlceras por presión. Existe un gran número de escalas: Norton, Arnell, Braden, Nova, Emina, Goosnell, Knoll, las cuales deben de realizarse por lo menos una vez a la semana en caso de tener los factores de riesgo.

Tratamiento.

Los distintos tratamientos tienden a acelerar o estimular la curación disminuyendo la fase de inflamación del proceso cicatricial fomentando así la fase de neoformación.

ESTREÑIMIENTO.

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 dificultoso de las mismas, junto con una sensación de evacuación incompleta.

Etiología.

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.

Diagnóstico.

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.

Tratamiento.

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

MALNUTRICIÓN.

Durante el proceso del envejecimiento, la desnutrición se asocia a diversas alteraciones funcionales y etiologías multifactoriales, siendo el resultado de una o más variables de índole social, funcional, patológica o psicológica; por lo que es muy importante la educación nutricional durante la vejez.

La desnutrición proteico-calórica es la anomalía nutricional más frecuente en ancianos y aparece tras mantener una ingesta inadecuada un tiempo prolongado. La desnutrición hipoalbuminémica (Kwashiorkor) es más frecuente en el curso de enfermedades agudas consuntivas y se debe principalmente al estrés.

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).

Parámetros bioquímicos.

Son los primeros en alterarse, antes que los parámetros antropométricos y de que aparezcan signos clínicos de desnutrición: albumina, transferrina, prealbumina, linfocitos totales.

Tratamiento.

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.

- **Apoyo nutricional:** Los suplementos nutricionales y la alimentación por vía enteral ofrecen la posibilidad de mejorar la ingestión de nutrientes y por ende la situación nutricional del anciano.
- **Suplementación vía oral:** Si el paciente puede comer, la mejor medida para tratar la malnutrición es la administración de suplementos nutricionales naturales.
- **Alimentación enteral:** En generales, podemos considerar candidatos al empleo de nutrición enteral a aquellos ancianos con integridad funcional del tubo digestivo pero cuya ingesta calórica es insuficiente para cubrir las necesidades requeridas.
- **Alimentación parenteral (AP):** Estará indicada en pacientes que no pueden recibir sus necesidades de calorías, proteínas y resto de los nutrientes por vía oral o enteral durante al menos 7-10 días.

SARCOPENIA.

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

Factores de riesgo:

- Fragilidad.
- Pérdida de la independencia.
- Discapacidad física.
- Comorbilidades como las caídas, osteoporosis, alteraciones de la termorregulación, intolerancia a la glucosa, entre otros.
- Ingesta dietética inadecuada.
- Pérdida de apetito como la anorexia, náuseas y vómito.

- Efectos inflamatorios por enfermedad como la 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).

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, sólo el ejercicio físico de resistencia ha demostrado su eficacia en incrementar la masa muscular esquelética.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO.

Es un síndrome de etiología 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.

Causas.

La fisiopatología del delirium en la mayoría de los casos son múltiples y pueden actuar simultáneamente, sin embargo, se pueden dividir en factores predisponentes y precipitantes.

- Edad avanzada y fragilidad.
- Desnutrición con menor masa corporal.
- Mayor proporción de grasa corporal.
- Deprivación sensorial.
- Deterioro cognoscitivo previo (conocido o no).
- Enfermedades relacionadas con el sistema nervioso (Alzheimer, Parkinson, esquizofrenia, etc.).
- Comorbilidad.
- Aislamiento social.
- Estructura de personalidad rígida, con tendencias ansiosas, antecedentes de comportamientos agresivos e impulsivos.

Cuadro clínico.

Se trata de un proceso agudo, de comienzo en horas, días o hasta 3 meses.

Característicamente presenta fluctuaciones a lo largo del día (generalmente al oscurecer se agitan, fenómeno conocido como "sundowning"), produciendo una alteración de la conciencia, así como del pensamiento y la percepción.

Es frecuente que se presente con un pródromo caracterizado por intranquilidad, hipersensibilidad a los estímulos visuales y auditivos, e inversión del ritmo sueño-vigilia (también insomnio y pesadillas).

En función del grado de actividad psicomotora, según Lipowsky, encontramos tres variantes clínicas diferentes:

- Tipo hiperactivo-hiperalerta: Se caracteriza por un estado de agitación psicomotriz, insomnio, alucinaciones, incoherencia, coprolalia, alteraciones de la marcha y en ocasiones agresividad.

- Tipo hipoactivo-hipoalerta: Denota una enfermedad causal de mayor gravedad o bien una prolongación de un delirium hiperactivo que se transforma en el tipo hipoactivo; se distingue por una disminución de la funcionalidad habitual del paciente, el cual pasa mucho tiempo en reposo, deja de comer y beber, ya no se relaciona con los demás y el estado de alerta se deprime de forma progresiva; cuando se presenta con hiponatremia la mortalidad se eleva.

- Tipo mixto: Es tal vez el más común, ya que los pacientes alternan con frecuencia ambos estados, se agitan de forma notoria por la noche, al caer la penumbra, y luego parecen apáticos por la mañana, para sufrir otra vez episodios inesperados de agitación.

Diagnóstico.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico mediante los criterios diagnósticos CIE 10:

a) Alteración de la conciencia (ejemplo: disminución del estado de alerta) con disminución de la atención.

b) Alteraciones en la cognición (alteraciones en la memoria reciente, desorientación, alteración del lenguaje) o alteración perceptiva (alucinaciones e ilusiones).

c) Presentación en un corto período de tiempo (horas o días) y fluctúa a lo largo del día.

d) Demostración a través de la historia clínica, exploración física y pruebas de laboratorio que la alteración se debe a una enfermedad (es) médicas, intoxicación o abstinencia de sustancias.

Tratamiento.

- Tratamiento etiológico: de los factores desencadenantes.
- Tratamiento sintomático: es importante un ambiente tranquilo y de apoyo, permitiendo la presencia de familiares o cuidadores fácilmente reconocibles, evitando el ruido en exceso, los cambios de habitación o del personal (que debe estar correctamente preparado para el manejo de estas situaciones).

DEMENCIA.

La demencia se define como un síndrome adquirido, producido por una 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.

Epidemiología.

La prevalencia de las demencias aumenta con la edad, duplicándose cada 5 años, sin que se hayan observado diferencias significativas entre sexos.

Bibliografía

Navarro, D. & Toloza, C. (2017). *Geriatría*. México: Grupo CTO.