



NOMBRE DE ESTUDIANTE:

Adly Candy Vázquez Hernández

DOCENTE:

Dr. Ricardo Acuña Del Saz

MATERIA:

Geriatría

TEMA:

“Síndromes”

CARRERA:

Medicina Humana

SEMESTRE:

6°

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

03/07/2021

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

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.

INCONTINENCIA URINARIA

Se puede definir como la pérdida involuntaria de orina que provoca un problema higiénico y/ o social demostrable objetivamente. Su prevalencia varía en relación con el sexo, la situación funcional, la comorbilidad y el nivel asistencial.

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 TUI se halla inervado por el sistema nervioso autónomo y por el somático. Esta inervación va 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 y el músculo estriado distal. Causas: Envejecimiento fisiológico, patología asociada, antecedentes personales de Cirugía pélvica o la historia ginecológica si tiene algún parto traumático o elevado números de gestaciones, consumo de fármacos como diuréticos, hipnóticos, benzodiazepinas, neurolépticos, antidepresivos, antagonistas del calcio, anticolinérgicos, Opiáceos, bloqueantes alfaadrenérgicos, bloqueantes betaadrenérgicos y el alcohol.

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. Aparece en el 50% de los ancianos hospitalizados que

presentan incontinencia. Las principales causas serán: síndrome confusional, infecciones del tracto urinario, uretritis atrófica y vaginitis, fármacos, disfunción psicológica, trastornos endocrinos (hipercalcemia, hiperglucemia e hipopotasemia), inmovilidad e impactación fecal.

2. Incontinencia establecida: con una duración superior a las cuatro semanas y con un mecanismo patogénico de origen estructural. Los diagnósticos más frecuentes son la hiperactividad vesical, la incontinencia de estrés, la obstrucción al tracto urinario de salida y la alteración contráctil

Clasificación según el tipo clínico de incontinencia:

1. Incontinencia de urgencia o inestabilidad vesical: se trata del tipo de incontinencia urinaria más frecuentes. Aparece cuando las contracciones no inhibidas del detrusor se producen espontáneamente y superan la resistencia de la uretra. Los síntomas clínicos suelen ser la urgencia miccional y el incremento de la frecuencia miccional, produciéndose escapes de moderados volúmenes de orina.
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.
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, el residuo postmiccional es bajo, es más frecuentes en las mujeres, las causas suelen ser estar relacionadas con una falta de soporte del cuello vesical o uretral, favoreciéndose por situaciones como la deficiencia de estrógenos, la obesidad y la multiparidad.
4. Incontinencia funcional: aparece cuando un anciano continente, con tracto urinario intacto, no desea o es incapaz de alcanzar el lavabo para orinar. Las situaciones que contribuyen a este tipo de incontinencia son variadas: ausencia de iluminación adecuada, alteraciones musculoesqueléticas, depresión, deterioro cognitivo, etc.

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, 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.

Tratamiento

En un tercio de los pacientes, es posible recuperar la continencia urinaria, y en casi la mitad de los casos. Medidas generales: la adaptación del hábitat y eliminación de las barreras arquitectónicas, medidas higiénico-dietética, la modificación de los fármacos implicados en la aparición o empeoramiento de la incontinencia, y el empleo de medidas paliativas, utilizando absorbentes o bien colectores externos. En el tratamiento farmacológico con actividad anticolinérgica y propiedades antiespasmódicas y los fármacos empleados son: tolterodina, oxibutinina, propantelina, flavoxato, la imipramina, y el cloruro de trospio.

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.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo son: 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.

Tipos de incontinencia fecal menor

- "Ensuciar la ropa interior" debido a la mala higiene, hemorroides trombosadas, otras enfermedades perianales, diarrea, inmovilidad, demencia y depresión.
- Incontinencia de gas es la más común con poca trascendencia médica.
- Urgencia defecatoria debido a la incontinencia de líquidos. Sienten las heces líquidas en el recto, pero son incapaces de mantener la continencia hasta llegar al baño. Causas más frecuentes: Proctocolitis inflamatoria, colon irritable y diarrea severa.
- Incontinencia verdadera a heces líquidas. En los ancianos tienen una relación frecuente con la impactación fecal por fecalomas; disfunción del suelo pélvico y del esfínter anal.

Tipos de incontinencia fecal mayor (pérdida de la continencia para heces sólidas)

- Lesión del suelo pélvico: Postcirugía, obstétrica, traumatológica y anomalías congénitas anorrectales.
- Fármacos: Laxantes, antibióticos, antiácidos, antihipertensivos, tiroxina, digital, propranolol, quinidina, colchicina, sales de potasio.
- Prolapso rectal completo.
- Cáncer de recto.
- Alteraciones neurológicas: Centrales: Ictus, demencia; Espinales: Esclerosis múltiple, mielopatías, tumores; Periféricas: Neuropatías.
- Enfermedades miopáticas: Distrofias y polimiositis.
- Enfermedades sistémicas: Esclerodermia y amiloidosis.

Diagnóstico

Historia clínica, siendo importante preguntar características y número de evacuaciones, inicio, síntomas que lo acompañan. Se debe valorar accesibilidad al sanitario, privacidad, tipo de ropa, capacidad del anciano para movilizarse y para

la utilización de utensilios de baño y para vestirse. A la exploración de las características del abdomen, si hay distensión, dolor, presencia de masas, peristalsis, explorar periné, ano, características de esfínter, presencia de fisuras, fistulas, cicatrices, prolapso, tumoraciones, hemorroides, fecalitos. Dentro de los exámenes de laboratorio solicitar BHs, electrólitos, coproparasitoscópicos, coprocultivo, rectosigmoidoscopia, biopsia en caso de pólipos o tumoraciones.

Tratamiento

Corregir la enfermedad subyacente, Tratamiento farmacológico, técnicas de modificación de conducta, tratamiento de la incontinencia anorrectal: reconstrucciones quirúrgicas, y medidas conservadoras como programar las defecaciones, aumentar la ingesta hídrica y de fibra, además de alimentos astringentes.

INESTABILIDAD Y CAIDAS

La inestabilidad es un síndrome que afecta 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. Se sabe que el equilibrio es la facultad del individuo para no caerse y reconocer su ubicación en el espacio, por ello depende del sistema visual que le indica la posición corporal, los movimientos que realiza y la distancia a la que se encuentran los objetos que le rodean; además, el sistema vestibular y el sistema cinestésico posibilitan en la percepción del movimiento constante, apreciando la posición de cualquier parte del sujeto en el espacio, siendo el sistema nervioso central el que controla la información y origina las respuestas adaptativas. El tipo de inestabilidad importante en el anciano es el crónico, resultado de efectos combinados de trastornos y alteraciones de diferentes sistemas (visual, auditivo, vestibular y propioceptivo) que contribuyen a la estabilidad y equilibrio.

Causas de inestabilidad

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 osteoartritis 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 de la inestabilidad

Se efectúa mediante la historia clínica con antecedentes de mareo, vértigo, trastornos en la marcha con historia de caídas; los medicamentos y la cantidad, dosis. A la exploración física, toma de presión arterial de pie y en decúbito para buscar hipotensión ortostática 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.

Síndrome de caídas

Las caídas constituyen un fenómeno muy frecuente en la edad avanzada, son una de las principales causas de lesiones, de incapacidad, e incluso de muerte en menos de 1 año, en este grupo de población, y además, uno de los indicadores más importantes en geriatría de fragilidad o tendencia a la discapacidad. Son expresiones inespecíficas de enfermedad. El síndrome de caída se define como la presencia de 2 o más caídas en el lapso de menos de 1 año.

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 caso extremos, pérdida de los automatismos posturales que imposibilitan la deambulaci3n.

Cuadro cl3nico

Las formas de presentaci3n de este s3ndrome son variadas seg3n la causa subyacente. Existen ancianos que estando en condiciones de movilidad total caen en inmovilidad abruptamente como es el caso de aquellos que sufren accidentes vasculares encef3licos o traumatismos incapacitantes. Otros muestran deterioro progresivo ya sea desde una situaci3n de movilidad total o parcial por alguna enfermedad cr3nica como es el caso de la osteoartrosis, las enfermedades neopl3sicas, la insuficiencia card3aca y respiratoria o la enfermedad de Parkinson. Y algunos cursan con fen3menos epis3dicos que ceden totalmente como en las enfermedades autoinmunes o neuropat3as de origen hidroelectrol3tico o episodios que van disminuyendo progresivamente la capacidad motriz como las ca3das a repetici3n o las hospitalizaciones frecuentes sin apoyo kin3sico especializado.

Diagn3stico

Anamnesis, exploraci3n f3sica, debe prestarse especial atenci3n a los sistemas cardiovascular y respiratorio, el aparato locomotor y la valoraci3n neurol3gica. Y escalas para evaluar discapacidad: 3ndice de independienci3 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

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 enfocar3 sus esfuerzos en la capacidad funcional, mediante la utilizaci3n de ayudas y adaptaci3n de ayudas y adaptaci3n del propio hogar.

3LCERAS POR PRESI3N

Las UPP son aquellas lesiones producidas en la piel como consecuencia de la compresi3n, generalmente prolongada, entre una superficie externa y una saliente 3sea. En la fisiopatolog3a hay cuatro factores que explican los mecanismos por lo

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. La localización dependerá del lugar de la piel que esté sometido a mayor presión. Las zonas más frecuentemente afectadas son el sacro, los talones, la tuberosidades isquiáticas y los maléolos externos.

Escalas de valoración y prevención

Permiten un dx precoz de aquellas personas en riesgo, para así poder iniciar o ajustar lo más prematuramente las medidas preventivas. De esta forma, en todo paciente donde confluyan varios factores de riesgo, será necesaria una valoración que determine los niveles de riesgo de aparición de úlceras. 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.

Estadificación

Las UPP se clasifican según el grado de lesión tisular como -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.

Tratamiento

Los distintos tratamiento tienden a acelerar o estimular la curación disminuyendo la fase de inflamación del proceso cicatricial, fomentando así la neoformación. El tratamiento de cada úlcera incluye la limpieza de la herida, con suero fisiológico, para que se 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 como un

método inicial. Prevención y atención de las infecciones bacterianas agregadas, considerando para el tratamiento de la infección la existencia del crecimiento bacteriano y en este caso se debe iniciar tratamiento antibiótico y utilización de apósitos adecuado a cada situación clínica.

ESTREÑIMIENTO

Estreñimiento es un problema frecuente en el anciano. Su asociación con una disminución de la calidad de vida, así como diferentes complicaciones y su tendencia a la cronicidad, confieren a este síndrome geriátrico una gran importancia. Se define cuando existe un descenso en la frecuencia de las deposiciones, asociándose generalmente a heces pequeñas o duras y un paso dificultoso de la mismas, junto con una sensación de evacuación incompleta.

Etiología

Las causas del estreñimiento son múltiples y variadas, influyéndose tantas alteraciones derivadas del propio envejecimiento y determinados procesos patológicos. Como inmovilidad, incapacidad funcional, dieta pobre en fibra, deshidratación y trastornos anorrectales.

Diagnostico

Historia clínica con datos sobre el inicio y la forma de presentación del estreñimiento, determinado 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 y estudios complementarios.

Tratamiento

Medidas higiénico-dietéticas que incluyen una dieta rica en fibra, realizar ejercicio físico de forma regular, medidas farmacológicas como los laxantes que se usan cuando existen molestias y tratamiento quirúrgico, solo en aquellos casos de resistencia al tratamiento médico con aparición de complicaciones.

MALNUTRICIÓN

La malnutrición tiene una elevada prevalencia en el paciente anciano, en los pacientes hospitalizados. 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).

Causas

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. Hasta 2/3 partes de los casos de desnutrición se deben a causas reversibles. Las principales causas de desnutrición son: 1. Sociales: pobreza, limitación funcional, soledad, falta de conocimientos acerca de la importancia de la alimentación y la nutrición. 2. Psicológicas: depresión, deterioro cognitivo, demencia, alcoholismo. 3. Médicas: Padecimientos diversos asociados a anorexia, polifarmacia, alteraciones de la salud oral, enfermedad periodontal y deterioro funcional

Valoración del estado nutricional en el anciano

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 es más frecuente en el curso de enfermedades agudas consutivas 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).

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. 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 debe rebasar 30% necesidades calóricas diarias por medio grasas poliinsaturadas. Fibra: 20-30 grs al día Micronutrientes: vitamina A 5000 UI, vitamina B6 2 mgs, vitamina B12 6 mcg, vitamina O 400 UI, vitamina E 30 UI, tia mina 1 .5 mgs, Ac. Fálico 0.4 mgs, Zinc 15 mgs.

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. 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. El término sarcopenia viene del griego sarx "carne" y penia "pobreza": siendo la pérdida involuntaria de masa muscular esquelética que se produce con la vejez. La masa muscular magra representa el 45 a 55% de la masa muscular total, y declina aproximadamente un 3-8% por década a partir de los 30 años, acelerándose esta tasa hasta un 15% por encima de los 60 años. La prevalencia es de un 25% en individuos menores de 70 años y hasta un 40% en mayores a 80 ñas. 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 pérdida de peso en ancianos.

Factores de riesgo

Fragilidad, pérdida de la independencia, discapacidad física, comorbilidades como las caídas, osteoporosis, alteraciones de la termorregulación, intolerancia a la glucosa, ingesta dietética, pérdida de apetito como la anorexia, náuseas y vómito.

Pronóstico

La sarcopenia incrementa el riesgo de caídas, fracturas, aumenta la vulnerabilidad a las lesiones, y consecuentemente puede ser causa de dependencia funcional y de discapacidad en el anciano. La sarcopenia se integra dentro del síndrome del anciano frágil, siendo uno de los principales factores de riesgo de discapacidad, institucionalización y muerte en la población anciana.

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM)

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 fluctuantes y remisión variable.

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). Los síntomas aparecen característicamente de forma brusca como desorientación, exaltación o reducción de la actividad psicomotora y trastornos del ciclo sueño-vigilia, constituyendo las manifestaciones principales.

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico mediante los criterios diagnósticos

CIE 1 O:

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 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.

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. Algunas enfermedades se asocian a la aparición de depresión: la enfermedad de Parkinson, los accidentes cerebrovasculares del hemisferio izquierdo. 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.

Clínica

el paciente anciano tiene más probabilidad que los adultos más jóvenes de expresar síntomas de tipo somático y físico (los síntomas hipocondríacos aparecen en un 65% de estos ancianos), sobre las manifestaciones psíquicas de la alteración del humor como sería la tristeza, quejas de insatisfacción, ideas de culpa y fracaso, llamándose también como "depresión enmascarada". Los

ancianos tienen menos probabilidad de informar sobre los síntomas depresivos, atribuyéndolo al propio envejecimiento o a alguno de los problemas de salud que padecen. Todo esto y la presencia de trastornos cognitivos podrán interferir en el diagnóstico de depresión en el anciano. Las manifestaciones de la depresión subclínica incluyen dolencias médicas nuevas o exacerbaciones a nivel gastrointestinal, músculo-articular, cardiopulmonares, limitaciones físicas, deterioro funcional, disminución del interés en actividades, fatiga, inatención, cambios del comportamiento y preocupación por la mala salud.

Diagnostico

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.

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.

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. 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).

Deterioro cognitivo y envejecimiento exitoso

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.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer representa la forma más frecuente de demencia en los países occidentales. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por un deterioro cognitivo de inicio insidioso y progresivo. El síntoma inicial suele ser la pérdida de memoria a corto plazo que dificulta aprender y retener lo aprendido.

Criterios diagnósticos

El diagnóstico de la EA se basa en los criterios clínicos establecidos por el DSM-5. Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral o sistémica capaces de dar lugar a una demencia, hipotiroidismo, hipercalcemia, deficiencia de vitamina B12, deficiencia de niacina, y ausencia de un inicio apoplético, súbito o de signos neurológicos focales, tales como hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos.

Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer

El manejo de un paciente con EA es complejo y multidisciplinar, debiéndose tratar todas las comorbilidades. No es posible frenar su avance ni restaurar las funciones deterioradas. El empleo de fármacos antioxidantes (vitamina A, C y E, el acetyl-L-carnitina, extracto de ginkgo biloba, omega 3 de tipo DHA, flavonoides, zinc y selenio) o dieta mediterránea, estrógenos en mujeres postmenopáusicas, ejercicios físico aeróbico regular individualizado y fármacos antiinflamatorios precisan de revisiones sistemáticas para poder concluir definitivamente su eficacia en la EA y en el resto de las demencias.

Tratamiento de otro tipo de demencia

Demencia vascular: El manejo usual consiste en un tratamiento global de los factores de riesgo cardiovasculares. En ancianos hipertensos se prefieren los IECA, ARA 2 o bloqueadores de los canales de calcio. El uso de fármacos antiagregantes, como profilaxis contra el evento vascular cerebral isquémico es también una medida razonable. **Demencia por cuerpos de lewy:** Sólo es posible un tratamiento sintomático. Se debe evitar prescribir neurolepticos (dada la hipersensibilidad a los efectos extrapiramidales que estos pacientes presentan). Los antipsicóticos típicos como el haloperidol están contraindicados por su importante efecto extrapiramidal. Los antipsicóticos atípicos son más seguros, pero también pueden tener efectos secundarios significativos. La risperidona, aunque se considera un antipsicótico atípico, produce un efecto parecido al haloperidol en este tipo de pacientes, por lo tanto, está contraindicado. Los síntomas parkinsonianos se tratan con fármacos dopaminérgicos, pero la psicosis limita el tratamiento adecuado y su respuesta suele ser muy pobre. **Demencia frontotemporal:** Los trastornos de comportamiento hacen que este tipo de demencia sea un problema fundamental para las familias de los pacientes (se necesita cuidados personalizados las 24 horas del día para el paciente). La hiperoralidad puede ser especialmente peligrosa por el riesgo de ingesta de productos tóxicos. El uso de antipsicóticos y de antidepresivos puede ayudar a mejorar los síntomas conductuales.

ALTERACIÓN DEL SUEÑO

Son comunes las alteraciones del sueño en los ancianos, debiéndose a múltiples enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares, obesidad y depresión. Es cualquier cambio en la duración, profundidad y capacidad restauradora del sueño, tomando en cuenta los patrones previos del sujeto. Se clasifica estas alteraciones en cuatro grandes grupos: 1. Trastornos en la iniciación y mantenimiento del sueño o insomnio. 2. Hipersomnias diurnas o exceso de sueño durante el día. 3. Trastornos persistentes del ciclo sueño-vigilia o desfases internos relacionados con el reloj biológico. 4. Disfunciones asociadas con el sueño, fases del sueño o actividades parciales.

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 suficiente grave como para provocar cansancio diurno o que se absorbe cambios en el carácter como irritabilidad o deterioro de la actividad diurna.

Tratamiento del insomnio

Es preciso explicar al anciano, siempre que no haya causa etiológica patológica, la naturaleza fisiológica de los cambios del sueño con la edad. Se debe describir el proceso de sueño, los hábitos comunes del anciano respecto a su descanso diurno y sueño, uso de medicamentos y otras drogas, descripción del dormitorio, nivel de luz, ruido y temperatura y evaluación del compañero de habitación del paciente.

MAREO, VÉRTIGO

EL mareo es una sensación anormal de “desmayo” o debilidad al levantarse o al andar, como sensación de caerse, pero no hay una sensación de movimiento, se puede acompañar de vista nublada, desvanecimiento y/o náuseas. Y el vértigo es una sensación de inestabilidad y de rotación del cuerpo o de los objetos presentes, acompañado generalmente de nistagmus.

Fisiopatología

El balance y el equilibrio se realiza por la integración de información sensorial obtenida desde los sistemas vestibular, cinestésico, visual y auditivo, junto a la corteza cerebral y el cerebelo; la función anormal en uno o más de estos sistemas desencadenan mareo o vértigo.

Clasificación

Vértigo: sensación de girar con respecto al medio ambiente (subjetivo) o de percibir movimiento en el medio ambiente en relación con el cuerpo (objetivo). Puede ser multicausal en el anciano y en los jóvenes se relaciona a una alteración en el sistema vestibular o la enfermedad cervical. Desequilibrio: sensación de inestabilidad o pérdida del equilibrio debida a alteraciones en los miembros inferiores o en tronco; se debe a trastornos en el sistema cinestésico, debilidad musculoesquelética o enfermedad en el cerebelo. Presíncope: sensación de mareo inminente, desmayo o desfallecimiento; se debe a hipoperfusión cerebral por causas cardiovasculares, incluyendo fenómenos vagales.

Cuadro clínico acompañante

Cuando el vértigo es crónico, los ancianos se vuelven más susceptibles a presentar inmovilidad y discapacidades, además de afectar la calidad de vida. Con el miedo a caer se produce depresión, desinterés en su salud y decremento para participar en las actividades sociales.

Diagnóstico

Para el estudio de vértigo crónico es complejo y no hay protocolo de estudio preciso debido a sus múltiples etiologías variadas. Al momento del interrogatorio, describir cómo es la sensación del vértigo, tiempo de evolución, si es episódico (duración), factores precipitantes, comorbilidad y fármacos. En la exploración física es necesario valorar la presencia de nistagmus, si es vertical se debe a una lesión central y si es horizontal o rotatorio a lesiones periféricas. Durante la exploración del oído es frecuente encontrar en los ancianos tapones de cerumen como origen del vértigo; se debe tomar presión arterial de pie o sentado y en decúbito, realizar pruebas de marcha y balance de Tinetti, examen neurológico y efectuar pruebas que provoquen el mareo como el signo de Romberg. Dentro de los exámenes de laboratorio: biometría hemática, química sanguínea y fenómenos vagales.

guínea, vitamina B12, electrolitos, perfil tiroideo, audiometría, electrocardiograma, prueba de Holter, pruebas otoneurológicas.

Tratamiento

El diagnóstico diferencial y el tratamiento no es diferente de los jóvenes, aunque la recuperación es más prolongada. Además, el tratamiento debe ser multidisciplinario, mejorando las causas desencadenantes, y realizando medidas de rehabilitación vestibular mediante ejercicios que combinan movimiento de ojos, cabeza y cuerpo.

SÍNCOPE

Es la pérdida autolimitada y transitoria de la conciencia, por lo general es el inicio de una caída, seguida de la recuperación espontánea, completa y en corto tiempo. El 30% de los ancianos sanos lo presentan una vez en su vida. Es la séptima causa de admisión en los servicios de urgencias en mayores de 65 años, siendo una urgencia geriátrica, cuya etiología es multifactorial, aunque se sospecha el origen en dos sistemas: cardiovascular y neurogénico. Si el síncope se debe a patología cardíaca cursa con elevada mortalidad.

Fisiopatología

Se debe a la interrupción temporal de las funciones cerebrales por hipoperfusión de una parte del cerebro, independientemente de la etiología, el mecanismo se debe a hipoxia cerebral por debajo del umbral de conciencia.

Etiología

Las causas más frecuentemente son multifactoriales, aunque muchas de ellas son medidas por reflejos neurológicos, síndromes del seno carotídeo, hipotensión ortostática, síndromes vasovagales, hipotensión posprandial, arritmias y fármacos. Los factores que predisponen son la anemia, neumopatías crónicas, insuficiencia cardíaca congestiva y deshidratación.

Diagnóstico

Se debe realizar una valoración detallada de los sistemas cardiovascular y neurológico, corroborándose con estudios de laboratorio y gabinete como un

electrocardiograma o prueba de Holter, ultrasonido Doppler carotideo e inclusive estudios de imagen cerebral.

Tratamiento

Las características clínicas de la historia son cruciales para determinar cómo se debe tratar a los pacientes que presentan síncope. En la mayor parte de las veces es un tratamiento multidisciplinario. Los pacientes ancianos que presentan un síncope coincidiendo con los cambios de posición y que presentan hipotensión ortostática deben recibir la recomendación de utilizar medias de compresión, elevar la cabecera de la cama por la noche, levantarse despacio de la cama o de una silla, evitar los períodos prolongados de bipedestación y de mantener un balance electrolítico adecuado.

SINDROME DE FRAGILIDAD

Se han propuesto múltiples definiciones de fragilidad, pero en general se describe como la presencia de deterioro multisistémico, siendo un síndrome fisiológico caracterizado por la disminución de las reservas y reducción de la resistencia a los estresores, resultado de una declinación acumulativa de sistemas fisiológicos que provoca vulnerabilidad para resultados adversos de salud. Esta definición incluyen en términos generales un fenotipo físico, cuyos componentes incluyen fuerza de prensión y velocidad de la marcha disminuidas, pérdida de peso, ausencia de energía y poca actividad física; así como también, un fenotipo multidominio, el cual se basa en la cuenta de déficits en salud y en función de la cantidad de déficits dependerá la probabilidad de ser frágil.

Diagnóstico

Se basa en una pérdida de peso involuntaria, sentimiento de agotamiento general, debilidad, lenta velocidad al caminar, y un bajo nivel de actividad física. Algunos clínicos recomiendan utilizar la propuesta de Ensrud y colaboradores, la cual consisten en valorar 3 criterios: 1. Pérdida de peso de 5% independientemente de si fue intencional o no en los últimos 3 años, 2. Inhabilidad para levantarse de una silla cinco veces sin usar los brazos, 3. Nivel de energía reducida utilizándose la pregunta: ¿se siente usted lleno de energía? Considerándose un NO, como

repuesta para 1 punto, 4. Interpretación: 0 puntos= paciente robusto, 1 punto= paciente frágil, 2 0 3 puntos=paciente frágil.

Prevención y tratamiento

La prevención debe ser la primera línea de acción y se basa en una adecuada nutrición y actividad física mediante ejercicios de resistencia, rehabilitación, y el uso adecuado de revitalizadores. Siendo la detección oportuna y la intervención no farmacológica temprana son la clave para retrasar el deterioro del anciano. La evaluación de los pacientes frágiles debe ser interdisciplinaria, abarcando el aspecto físico, emocional, psicológico, social y redes de apoyo, con el fin de detectar posibles obstáculos para la realización y cumplimiento del tratamiento, siendo importante conocer las necesidades de la familia y/o cuidadores para involucrarlos y orientarlos en el cuidado.

INFECCIÓN URINARIA

Las infecciones urinarias ocupan un alto porcentaje entre las distintas patologías en el anciano, con presentaciones atípicas características en los viejos. Es un proceso inflamatorio de las estructuras del tracto urinario a causa de un agente infeccioso, pudiendo afectar las vías urinarias bajas (uretritis, cistitis, prostatitis) o altas (pielonefritis).

Causas

La causalidad de las infecciones urinarias depende de cambios anatomofisiológicos, trastornos urinarios adquiridos, medio ambiente y tipo de tratamiento. Existen factores predisponentes de infección urinarias en los ancianos: Hospitalizaciones, Incontinencia urinaria-fecal, Alteraciones hormonales en mujeres, Alteraciones anatómicas-funcional, Enfermedades neurológicas o mentales, Procesos obstructivos, Diabetes mellitus, Cirugía genitourinaria, Hiperplasia prostática, Cateterismo vesical, Divertículos vesicales, Vejiga neurogénica, Inmovilidad prolongada, Deshidratación, Catéteres externos, Cálculos prostáticos o renales, Manipulación instrumental, Fármacos con efecto anticolinérgicos. El agente etiológico del 90% de los casos es la Escherichia Coli, cuyo reservorio se asienta en la flora gastrointestinal, seguida por Klebsiella,

proteus, pseudomonas, enterobacter, citrobacter, S. aureus, S. saprophyticus, estreptococo agalactiae y enterococos. El desarrollo de grampositivos es más frecuente en hombres hospitalizados que en mujeres. Aunque la diversidad de uropatógenos en el anciano es multifactorial. El 95% IVU son monomicrobianas, y ante el aislamiento de varias especies bacterianas debemos pensar en contaminación de la muestra.

Cuadro clínico

En muchas ocasiones, el cuadro clínico de la infección en el anciano puede iniciar con un estado confusional agudo conocido como "delirium" por lo que debe ser diagnosticado rápidamente. La infección urinaria sintomática se manifiesta de manera irregular en los ancianos con algunos de los siguientes síntomas: delirium, polaquiuria, tenesmo, inestabilidad a la marcha, disminución de la fuerza de miembros inferiores, turbidez orina, hematuria macro o microscópica, mareos, náuseas, estreñimiento, hiporexia, letargia, desequilibrio hidroelectrolítico, nicturia, descontrol de la presión arterial, taquicardia.

Diagnóstico

El diagnóstico debe realizarse un examen general de orina con valoración del sedimento urinario, urocultivo con antibiograma y en algunas ocasiones el ultrasonido de la vía urinaria. La bacteriuria asintomática es frecuente en ancianos residentes u hospitalizados, y se puede acompañar de piuria. Siempre se deben de hacer 2 urocultivos para el diagnóstico definitivo de una infección urinaria asintomática, con un resultado mayor a 100,000 UFC/ml. En caso de una infección sintomática basta el aislamiento de un microorganismo en una sola muestra con más de 10,000 UFC/ml.

Tratamiento

La bacteriuria sintomática debe ser siempre tratada en el anciano, pensando en un fármaco eficaz, seguro y con menor resistencia anti microbiana. Siempre debe de usarse un antibiótico en función del antibiograma, además de tratarse durante un periodo de 7 a 14 días. En el 40% casos, además de la infección urinaria, hay una enfermedad de base, destacando la diabetes mellitus. La presencia de síntomas no es criterio suficiente para iniciar tratamiento antibiótico y la bacteriuria

asintomática es común en los ancianos, pareciendo más un marcador del estado de salud que un determinante directo de la supervivencia. La eficacia de los bactericidas no es mayor que los bacteriostáticos, y la terapia combinada no es más efectiva que la monoterapia. Siempre se debe de conocer la función renal de nuestro paciente para ajustar los antibióticos, y los aminoglucósidos son muy restringido en geriatría por sus efectos adversos, en caso de usarlos es recomendable usarlos durante 48 a 72 hrs.

POLIFARMACIA

Es de vital importancia en el anciano tener en cuenta las posibles interacciones farmacológicas y las reacciones adversas al fármaco. La iatrogenia en el adulto mayor es muy frecuente, por eso es de vital importancia la coordinación por un médico gerontólogo o geriatra, siendo uno de los factores fundamentales para el tratamiento de la iatrogenia. La organización Mundial de la Salud (OMS) nos define a la polifarmacia como el consumo de más o igual a 3 medicamentos consumidos o aplicados simultáneamente debido a comorbilidades o complejidades médicas, estos medicamentos también incluyen las multivitaminas, proteínas, tés, malteadas, hierbas y cualquier otra sustancia que el anciano ingiera o se aplique.

Factores que determinan la respuesta clínica

Se deben considerar los siguientes factores antes de iniciar y/o modificar la prescripción en los ancianos: Cambios farmacológicos con el envejecimiento: Se debe tener en cuenta que puede haber cambios anatómicos o fisiológicos que sean compensados por otras modificaciones como es el caso de la mucosa intestinal, provocando una disminución de la absorción medicamentos administrados por vía oral, y un mayor tiempo de tránsito intestinal, compensando la absorción de los fármacos. Además, si se dan medicamentos que alteren el pH gástrico o el peristaltismo intestinal la absorción se puede incrementar. La modificación en la farmacología de muchos medicamentos, provocando un aumento en la vida media (V_m) del fármaco. Ejemplos: diazepam con una V_m en

adultos sanos de 20 horas, siendo en los ancianos hasta 80 horas, o la digoxina con una V_m en adultos de 50 horas y en los ancianos hasta 70 horas.

Reacción adversa al medicamento

En la mayoría de los casos, la reacción adversa a medicamentos se presenta después de 4 días de haber iniciado el nuevo fármaco, prevaleciendo en el género femenino debido a que presentan una mayor longevidad y acuden a centros de salud que los hombres. Se presenta hasta el 50% de los pacientes ambulatorios y en el 50% de los pacientes hospitalizados. Los fármacos con un mayor riesgo de mortalidad son los cardiovasculares (antihipertensivos y antiarrítmicos), hipoglucemiantes orales, diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos. La polifarmacia genera otros síndromes geriátricos como delirium, analgésicos opiáceos, antiparkinsonianos, antimicrobianos, antidepresivos, benzodicepinas de acción larga.

Instrumentos de detección

Los principales instrumentos que permiten detectar una prescripción inadecuada que propicie reacción adversa a los medicamentos en ancianos son:

- STOPP/START (Screening Tool of Older Person's s potentiality inappropriate Prescription)/ Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment).
- Criterios de Beers
- PAi (Prescribing appropriateness Index)
- IPET (Improved Prescribing in the ElderlyTools)
- Criterios de Zhan
- Consenso de panel expertos francés
- NORGEP (Norwegian General Practice)
- MAi (Medication Appropriateness Index)
- AOU (Assessment of Underutilization of medication tool)

BIBLIOGRAFÍAS: Garcia, R., & Lazcano, G. A. (2011). Practica de la geriatría (3.a ed.). Mc Graw Hill.