

Alumno: William de Jesús López Sánchez

Docente: Dr. Romeo Suarez Martinez

RESUMENES

Materia: Geriatría

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 6°

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de marzo del 2024

VALORACIÓN GERIÁTRICA

La valoración geriátrica inicial constituye la herramienta principal de la asistencia al paciente mayor. Fue definida por Rubenstein como "el proceso de multidimensional usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicos, funcionales, psíquicos y sociales del mayor con el objeto de trazar un plan para tx y seguimiento a largo plazo".

trabajo

OBJETIVOS Y BENEFICIOS DE LA VGI

La valoración geriátrica establece como objetivos:

- Conocer la situación basal del px
- Mejorar la precisión de
- Evaluar la repercusión funcional de la enf.
- Diseñar planes de cuidados y tx
- Seguimiento de la respuesta al tx



incompleto

Los beneficios del uso de la VGI incluyen el aumento de la supervivencia, la mejora de la capacidad funcional.

ESTRUCTURA E INSTRUMENTOS DE LA VGI

La VGI se ayuda de instrumentos o escalas estandarizadas, que permiten cuantificar de forma objetiva, válida, reproducible y fiable los datos evaluados.

La exploración física comenzará por la observación e inspección del estado general del px. Posteriormente se tomará constantes y una exploración topográfica:

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| > Constantes | > Exploración fisiológica |
| > Aspecto general | > Piel |
| > Cabeza | > Genitales externos |
| > Cuello | |
| > Tórax | |
| > Abdomen | |
| > Extremidades | |

SX CONFUSIONAL AGUDO

excelente

El síndrome confusional agudo (SCA) es un sx clínico transitorio y reversible caracterizado por una alteración de la atención, el nivel de conciencia y disfunción cognitiva de inicio agudo y curso fluctuante. No puede ser explicada sola por la existencia de una demencia, sus síntomas pueden cronificarse o generar secuelas permanentes.

FISIOPATOLOGIA:

Actualmente no se conoce con seguridad la fisiopatología del SCA, siendo considerada más una lesión funcional que estructural. Se cree que los diferentes factores etiológicos podrían tener un mecanismo fisiopatológico común relacionado con una alteración a nivel del funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales a nivel cortical y subcortical.

Se implican los siguientes mecanismos:

- ▶ **DÉFICIT COLINÉRGICO:** Con la edad se produce ↓ de la liberación de acetilcolina y defunción de receptores muscarínicos. Fármacos anticolinérgicos pueden producir SCA.
- ▶ **Elevada función dopaminérgica cerebral:** Tanto los agonistas dopaminérgicos pueden desencadenar cuadros confusionales con delirios y alucinaciones.
- ▶ **Otros neurotransmisores implicados:**
 - Incremento del GABA
 - ↑ o ↓ de la 5HT de serotonina
 - Melatonina u melipramina
- ▶ **Procesos de inflamación:** Relacionados a un ↑ de determinadas citoquinas proinflamatorias, con el desarrollo de SCA.

ETIOLOGIA:

Su etiología es compleja y multifactorial. Se produce en un px vulnerable, con fx predisponentes expuestos a determinados fx precipitantes.

DEMENCIA

excelente

La demencia es un sx adquirido caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas, del estado mental y conducta social, no causado por un delirium, y que interfiere las actividades de la vida diaria, la actividad laboral o social.

Dos de los aspectos sobre los que más incide la demencia son la pérdida de calidad de vida del px y las implicaciones sobre el cuidador.

Dx SINDROMICO DE DEMENCIA

El dx exige realizar historia clínica y exploración neurológica, evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo, realizar una evaluación neuropsicológica formal y la cumplimentación de criterios clínicos de demencia.

En el anciano es obligatoria la evaluación de deterioro cognitivo si se presenta:

- > Quejas subjetivas de pérdida de memoria u otra alt. cognitiva.
- > Deterioro funcional de reciente comienzo de causa no justificada.
- > Depresión de inicio de edades avanzadas.
- > Presentación de \square confusionales durante un ingreso hospitalario.

VALORACION CLÍNICA

Las funciones cognitivas a explorar son la memoria (de trabajo, episódica y semántica), la atención, el lenguaje (evaluar trastornos de la denominación, circunlenguajes, parafasias, estereotípicos), las praxias, la función visuoespacial, la función visuoconstruktiva y las funciones ejecutivas.

Se deben evaluar los síntomas psicopatológicos y conductuales asociados a la demencia, que incluyen síntomas afectivos, síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios, y trastornos del comportamiento y actividad como la agitación, agresividad, vagabundeo, conducta social inadecuada, alteraciones en esfera sexual, la conducta alimentaria o del sueño.

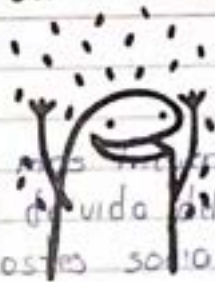
"DEPRESION Y ANSIEDAD"

excelente

DEPRESION Y ANSIEDAD

DEPRESION EN EL ANSIANO

La depresión constituye uno de los sx geriátricos más importantes e incapacidades. Altera en gran medida la calidad de vida del que le padece y además se asocia a unas elevadas costes sociales y de salud. Se trata de una enfermedad que pasa con mucha frecuencia desapercibida o no se trata de manera adecuada con grados de infradiagnóstico del 32-50% y de infratratamiento 37-50%.



EPIDEMIOLOGÍA

Los cifras de depresión en los ancianos son difíciles de comparar, ya que la prevalencia varía dependiendo de las circunstancias en que estas se encuentran:

- En la comunidad
- En residencias geriátricas
- Hospitalizados

También varía dependiendo del instrumento dx que se este utilizando como son las entrevistas psiquiátricas o la aplicación de esas escalas orientativas.

La entrevista mediante la Geriatric Mental State es uno de los sistemas más validados para la detección de depresión en los ancianos.

ETIOLOGÍA

Tanto los fx biológicos como los demográficos y sociales, adquieren importancia dentro de la etiopatogenia de la depresión en px geriátricos.

FX BIOLÓGICAS

- La depresión es más frecuente en ancianos fuicemente enfermos
- Principl fx de riesgo es: la gravedad de la enfermedad física.
 - Grado de incapacidad que esta genere
 - Detorno cognitivo existente
 - Historia psiquiátrica positiva previa

Mate

FARMACOLOGÍA E IATROGENIA

Con el envejecimiento se produce una serie de modificaciones en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos, con una mayor sensibilidad a estos y un aumento de la presentación de reacciones adversas que pueden desencadenar una auténtica cascada de desastres. Se estima que el 30% de los ancianos no cumplen la pauta de Tx indicado; el incumplimiento terapéutico implica un peor control y tratamiento de las enfermedades.

ENVEJECIMIENTO Y FARMACOLOGÍA

Cambios fisiológicos del envejecimiento	Hospitalización y reposo en cama	Efectos primarios	Efectos secundarios
↓ fuerza muscular y la capacidad aeróbica	Inmovilización	Caidas	Dependencia
Inestabilidad vasomotora, ↓ sensibilidad de baroreceptores y ↓ del agua total	↓ Vol plasmático	Síncope, mareo	Caidas, fracturas
↓ densidad ósea, desmineralización	Aceleración de la pérdida ósea	↑ riesgo de fracturas	Fracturas
↓ ventilación	↑ Vol residual	↓ PO_2	Síncope, delirium
↓ sensorial	↓ audición, no gafas, aislamiento	Delirium	Falso etiquetado, restricciones físicas y químicas
Alteraciones de la sed y alimentación	Dietas	Deshidratación y desnutrición	↓ Vol plasmático, SNG, aspiración
Fragilidad cutánea	Inmovilización	UPP	Infección
↑ incontinencia urinaria	Sujeción, barreras	Incontinencia funcional	Catéter, rechazo familiar

ALTERACIONES FARMACOCINÉTICAS

• ABSORCIÓN

Los cambios fisiológicos secundarios al envejecimiento afectan a la absorción de los fármacos debido a diversas fx como:

- Incremento del pH gástrico por desarrollo de gastritis atrófica
- Retraso de vaciado gástrico
- Disminución del flujo sanguíneo intestinal
- Alteración de la motilidad intestinal
- ↓ del número de células absorbentes

excelente



La mayoría de los fármacos se absorben a través de difusión pasiva y es mínimamente afectado por el envejecimiento. Los que se transportan son los de transporte activo y, por ende, la biodisponibilidad.

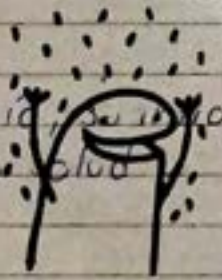
MALNUTRICIÓN

La malnutrición forma parte de los grandes Sx geriátricos y es fx de fragilidad. No solo constituye una patología en sí misma sino que su presencia se asocia a un ↑ de la mortalidad y de la discapacidad, mayor frecuencia de caídas y fracturas, empeora el deterioro cognitivo, entre otras cosas. En más del 80% se debe a causas reversibles y de la intervención nutricional asociada al Tx etiológico es útil para revertir dicha situación.

excelente

IMPORTANCIA DE LA MALNUTRICIÓN

Esta radica en la alta prevalencia en geriatría, su alto diagnóstico y las consecuencias catastróficas para la salud y calidad de vida.



DEFINICIÓN

Se define malnutrición como la alteración de la composición y función corporal deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteína u otros nutrientes que presenta un riesgo para la salud. Cuando el aporte es excesivo, hablamos de obesidad y va acompañado de aumento de peso y de tejido adiposo.

Si el aporte es deficiente hablamos de desnutrición que se acompaña de una ↓ de las parámetros nutricionales por debajo del percentil 75.

Clásicamente se considera malnutrición a la pérdida de peso involuntaria del 2% en una semana, del 5% en un mes, o del 10% en 6 meses.

CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

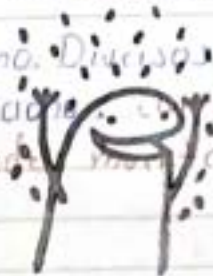
CAUSAS: ▶ Primarias: - Ingesta inadecuada
- Mala ingesta de alimentos
▶ Secundarias: - Cnf agudas o crónicas

1. DESNUTRICIÓN CALÓRICA: Por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes con ↓ de peso a costa de pérdida de tejido adiposo y en menor cuantía de masa muscular.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

excelente

El sueño reparador es esencial para una vida sana. Diversos factores pueden contribuir a los alt. del sueño en el px anciano. Los cambios asociados al envejecimiento, fx psicossociales, enfermedades crónicas de un familiar, alt. del ritmo cardiaco y otros.



El sueño normal se divide en varias etapas:

> Fase del sueño REM: caracterizada por la combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos, onctemia muscular. ↓ en la 6ª década de vida.

> Fase del sueño no REM: Dividida en 4 estadios, el 1 y 2 constituyen el sueño ligero, mientras que los 3 y 4 se denominan sueño profundo o de onda lenta.

Las etapas del sueño se pueden caracterizar fisiológicamente por criterios polisomnográficos. Los trastornos del sueño ↑ la morbimortalidad y ↓ la calidad de vida de los px.

INSOMNIO

El insomnio es el trastorno del sueño más prevalente. Constituye un sintoma utilizado para describir cualquier dificultad para iniciar o consolidar el sueño. Los alt. en la calidad del mismo y en la duración también se incluyen en la definición de insomnio.

Los criterios Dx para el insomnio según la ICSD-2 son:

- La dificultad para iniciar el sueño, despertar precoz o no tener sueño reparador.
- La dificultad del sueño se produce a pesar de donde se den las facilidades necesarias para un sueño reparador.
- La dificultad de conciliar el sueño debe producir síntomas característicos de este.

Entre los factores predisponentes destacan la edad, el sexo fem, enf. concomitantes, bajo nivel socioeconómico y fx genéticos.

DISFAGIA

Se define como la dificultad para el paso del bolo alimenticio desde la boca hasta el esfínter inferior. Las repercusiones no son solo físicas sino también emocionales, afectando el estado anímico del px y conduciendo a aislamiento social.

Prevalencia

22% de las adultas mayores de 50 años la presentan, con una prevalencia del 30% en unidades geriatricas de agudos.

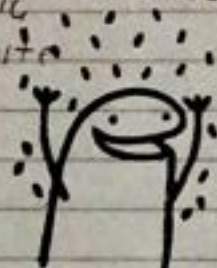
FISIOLOGIA DE LA DEGLUCIÓN NORMAL

La deglución es el resultado de una compleja y coordinada actividad motora donde intervienen pares craneales V, VII, IX, X, XI, XII, además de la acción cortical y de los núcleos grupo centrales y del cerebro.

Se describen 4 fases:

- ▶ Fase oral preparatoria
- ▶ Fase oral del transporte
- ▶ Fase faríngea
- ▶ Fase esofágica

excelente



ENVEJECIMIENTO Y DEGLUCIÓN

Existe evidencia de cambios de la fisiología en la deglución asociados al envejecimiento. Se ha evidenciado una pérdida progresiva de las fibras mielínicas y amielínicas, así como atrofia axonal en el SN mentecico en ancianos sanos, lo que se relaciona con \downarrow en la amplitud de la ED del músculo liso siendo esta responsable de la \downarrow de presión lingual.

Se asocia a la ausencia de piezas dentales y \downarrow de la salivación hace que el px anciano necesite múltiples mov. de la lengua que además sujetan el bolo más post. antes de la deglución.

FRAGILIDAD, SARCOPENIA, INMUNIDAD

Durante el envejecimiento existe un \uparrow de la incidencia y prevalencia de aquellas enf. básicamente degenerativas en las que la edad avanzada es un importante fx de riesgo y que tienden, en su evolución, hacia frecuentes situaciones de incapacidad. Se estima que al menos un 1% de la población >65 años está totalmente inmovilizada, un 6% padece serias limitaciones en las actividades de la vida diaria y que hasta un 10% más padece incapacidad moderada.

FRAGILIDAD

Término que se empezó a utilizar en los años 70 para designar al grupo de ancianos que se encuentran justo en el borde del deterioro. La identificación, evaluación y Tx del anciano frágil constituye la piedra angular en la práctica de la geriatría.

El término fragilidad es empleado frecuentemente en geriatría, su definición es amplia y no se establece su delimitación. La fragilidad abarca una serie de síntomas y signos computándose como un Dx clínico, siendo también considerada como un continuum que se inicia con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo, suficiente para provocar un período de deterioro funcional, caídas o vulnerabilidad, posteriormente a la discapacidad y dependencia.

Existen dos modelos de fragilidad mayormente utilizados por distintos autores y que han demostrado validez de concepto y validez predictiva son:

► Fenotipo físico de fragilidad (FRISCO 2001): incluye:

- Pérdida de peso no intencionada
- Debilidad (medida a través de fuerza manual)
- Cansancio, baja resistencia o lentitud
- Grado de act. física baja

1-2 criterios = prefrágiles

3 o más criterios = frágiles

► Modelo de múltiples dominios (BUCKWOOD 1994):

incluye dependencia de otros o riesgo de depender, riesgo sustancial o sufrir resultados adversos, pérdida de reservas fisiológicas, ausencia de entramado social, ent. crónicas, problemas psicoespirituales.

La fragilidad concierne a los ancianos que la presentan un riesgo ↑ de mortalidad, discapacidad e institucionalización, así como otros resultados de eventos adversos como hospitalización, caídas, fracturas, complicaciones postoperatorias o trombembolia venosa.

PRESENTACION CLINICA

Los mar. de fragilidad son una constelación de síntomas, pero que frecuentemente se citan como componentes del Sx son la sarcopenia, trastorno en equilibrio y la marcha, descondicionamiento con la creación de inmovilidad y atropnia.

Entre otros síntomas incluye:

- Pérdida de peso
- Debilidad
- Fatiga
- Inactividad
- ↓ de ingesta oral

ETIOLOGIA

El Sx de fragilidad puede ser un proceso fisiológico y fr. etiológica en la discapacidad, debido a sus características centrales de debilidad, ↓ en la resistencia y enlentecimiento. El inicio de la fragilidad se relaciona con la pérdida de la reserva fisiológica del organismo derivada de una falta de mecanismos compensadores y pérdida de homeostasis. Los cambios fisiológicos principalmente implicados en la patogenia son:

- Pérdida de masa muscular
- Disregulación neuroendocrina
- ↓ de GH, estrógenos, testosterona
- Disfunción del sistema inmune.

VALORACION DE LA FRAGILIDAD

Una vez detectada la fragilidad, es necesaria la realización de una valoración geriátrica integral con el fin de implementar intervenciones específicas que hayan demostrado su eficacia en la promoción o retraso del deterioro funcional.

TEST FUNCIONALES INDIVIDUALES:

La valoración de las actividades instrumentales podrían ser utilizadas como indicadores de riesgo de discapacidad y, por lo tanto, sirven como marcadores de fragilidad. Los aspectos funcionales probablemente afectados por la fragilidad son aquellos dependientes del rendimiento energético y de la movilidad.

Destacan entre otros Test de detección de riesgo de caídas y la velocidad de la marcha, siendo las herramientas recomendadas para la detección de fragilidad:

- **Timed Up and Go**: mide el tiempo que el anciano tarda en levantarse de una silla sin brazos y caminar 3m, girar y regresar a sentarse.
- **Escala de equilibrio y marcha de Tinetti**: Valora 9 ítems sobre el equilibrio y 6 ítems sobre la marcha.
- **Velocidad de marcha**: mide el tiempo en recorrer a ritmo normal una distancia preestablecida, habitualmente 5m.
- **Apunición de oxígeno**: Se ha relacionado estrechamente con el riesgo de desarrollar discapacidad, pudiendo ser utilizado también como marcador de fragilidad.

PREVENCIÓN Y MANEJO: Recomendaciones

- Potenciar aspectos de movilidad a través del ejercicio físico. La fisioterapia y los programas de PE han demostrado beneficio en px no muy deterioradas

- Conexión obardate de suodios clinicos especificos, enf. cronicas y se genéticas que se relacionan entre las causas de fragilidad y dependencia.
- Revisión periódica de la medicación habitual evitando el uso de medicación inadecuada, interacciona, iatrogena y polifarmacia.
- La hospitalización es un desencadenante en la aparición y progresión del deterioro funcional en el anciano.

SARCOPENIA

El término sarcopenia fue descrito por primera vez en 1989 por Irwin Rosenberg, con la intención de describir la pérdida de masa muscular relacionada con la edad.

Es genética que se caracteriza por la pérdida de masa y fuerza muscular esquelética progresiva y generalizada, que condiciona la discapacidad, empeoramiento de la calidad de vida e incluso la muerte.

FISIOPATOLOGIA

Diversas fx se han vinculado con el desarrollo de la sarcopenia: fx moleculares, humorales, hormonales, neurodegenerativas, musculares, estrosexu; muchos son inherentes al envejecimiento.

CONSECUENCIAS

La pérdida de masa y fuerza muscular de manera progresiva tiene como consecuencias: - mayor pérdida funcional
- Discapacidad y dependencia

Traduciendo en un empeoramiento de la calidad de vida, ↑ riesgo de caídas y mortalidad.

CATEGORIAS Y ESTADIOS

Se clasifica según la causa: Primaria y Secundaria.

Se define como sarcopenia primaria cuando es consecuencia de los cambios fisiológicos relacionados con la edad.

Sarcopenia secundaria cuando existe más de una causa evidente.

El EWGSOP describe 3 estadios:

- ▶ Pre-sarcopenia: pérdida de masa muscular sin impacto en la fuerza o capacidad funcional
- ▶ Sarcopenia: Pérdida de masa muscular, asociada a ↓ de fuerza muscular y/o capacidad funcional.
- ▶ Sarcopenia Severa: pérdida de masa muscular, Asociado tanto a ↓ de fuerza muscular como pérdida de la capacidad funcional.

Relación:

La sarcopenia se relaciona a Sx genéticos como la fragilidad y caquexia.

CAQUEXIA: Sx metabólico complejo asociado a una enfermedad.

Se caracteriza por presentar: ↓ de masa muscular asociado o no a pérdida de masa grasa.

FRAGILIDAD: Sx genético que traduce la alt. de la reserva homeostática de los diferentes sistemas fisiológicos.

OBESIDAD SARCOPÉNICA: pérdida de masa muscular cuando la masa grasa se preserva. Asociado a artrosis, malignidad

MÉTODOS VALORACIÓN

Los métodos deben ser útiles tanto en la práctica clínica como en la investigación y que nos permitan detectar pequeños cambios a lo largo del tiempo.

- VALORACIÓN DE MASA MUSCULAR: Se puede utilizar TC, BMN, DXA y la BIA, la excreción urinaria de creatinina y la antropometría.
- VALORACIÓN DE FUERZA MUSCULAR: Se utiliza dinamometría en la mano; flexo-extensión de rodilla.
- VALORACIÓN DE FUNCIÓN MUSCULAR: Se utiliza instrumentos como Shul Physical Performance Battery, test de lo 6 min. y la medición de velocidad de la marcha.

INTERVENCIONES POSIBLES

Nutricionales

Existe una relación directa y lineal entre la dieta y la actividad física. La recomendación actual de ingesta de prote son de 0.8g/kg/día; sin embargo se ha propuesto incrementar la misma a 1.2-1.5g/kg/día.

EJERCICIO: La inactividad favorece y acelera el desarrollo de pérdida de masa muscular. Se recomiendan 4 ejercicios a la población anciana: Ejercicios de resistencia o potenciación muscular, aeróbicos, de equilibrio y de flexibilidad o elasticidad.

FARMACOLÓGICAS:

- VIT D: Existen resultados controvertidos en cuanto a los efectos sobre la masa muscular, fuerza muscular y rendimiento.
- HORM. ESTEROIDES SEXUALES: La hipótesis plantea que la terapia hormonal sustitutiva altera la expresión de los genes a nivel muscular, aumentando la masa muscular, lo que a su vez incrementaría la fuerza.

INMOVILIDAD

Se define como el descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por el deterioro de las funciones motoras. El dx de inmovilidad puede definirse como una vía común de presentación de una enfermedad, que surge por cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas condicionados por la inmovilidad y el desuso crónico.

Existen px que estandar en condiciones de movilidad total, como en inmovilidad abruptamente como en el caso de aquellas que sufren accidentes vasculares encefálicos o traumatismos incapacitantes.

ETIOLOGIA

Existen múltiples causas, y pueden concurrir varias en el mismo px. Las más frecuentes son:

- Falta de fuerza o debilidad
- Rigidez
- Dolores
- Alt. del equilibrio
- Problemas psicológicos

Las afecciones podológicas también son importantes, incluyendo las verrugas, úlceras, hiperqueratosis, y alteraciones distroficas de las uñas y el calzado inadecuado o causa frecuente de estas afecciones. Puede resultar útil distinguir entre fx intrínsecas y extrínsecas.

Tabla 3. Factores predisponentes intrínsecos y extrínsecos.

Intrínsecos
Esqueléticos: osteoartritis, artritis reumatoide, osteoporosis, traumatismos, metástasis óseas, fracturas, patología podológica.
Cardiovasculares: insuficiencia cardíaca, cardiopatía oquímica, enfermedad vascular periférica.
Pulmonares: EPOC, enfermedad pulmonar restrictiva.
Neurológicas: accidente vasculocerebral, enfermedad de Parkinson, neuropatías.
Déficit sensorial: visión y audición.
Mentales: síndrome confusional agudo, demencia, depresión.
Paripatología médica: alteraciones hidroelectrolíticas, anemia, trastorno del calcio, tóxicos, deshidratación.
Extrínsecos
Iatrogenia: fármacos (neurolepticos, BZD, antihipertensivos, diuréticos), inmovilización forzada (para evitar caídas, por agitación), reposo por prescripción facultativa, actitudes sobreprotectoras.
Ambientales: hospitalización, inexistencia/inadecuación de medios de ayuda, barreras arquitectónicas.
Sociales: soledad y falta de apoyo social, falta de estímulos.

CAMBIO FISIOLÓGICO ASOCIADO A LA INMOVILIDAD

A. CARDIOVASCULAR: ↓ de la capacidad de bombeo de los músculos distales produce lentificación del retorno y estasis sanguínea, ↑ el riesgo de desarrollar complicaciones tromboembólicas (TVP y TEP).

S. MUSCULOESQUELÉTICO: Un anciano encamado pierde entre 3-5% de fuerza muscular al día. La atrofia muscular predomina en los músculos flexores y extremidades inferiores.

S. RESPIRATORIO: El decubito supino ↓ la movilidad del diafragma y los alveolos de la base no se ventilan con la misma eficacia. Esto conlleva a caída de la PO_2 en apex 8 mmHg favoreciendo estados confusionales y lipotimias.

PIEL: La inmovilidad está asociada a un mayor riesgo de infecciones y cálculos urinarios.

S. NEUROLÓGICO: El encamamiento prolongado ↓ la coordinación y el equilibrio, se pierden los reflejos posturales, existe una deficiencia de la percepción visual y táctil.

PREVENCIÓN

PRIMARIA:

La mejor medida preventiva es potenciar aspectos de movilidad a través de ejercicio físico. Sus beneficios son mejorar la fuerza muscular, mejorar por tanto la deambulación e ↑ masa ósea.

SECUNDARIA:

Una vez detectada la clínica se pueden incluir una serie de adaptaciones que faciliten los desplazamientos, ayudas técnicas, estimular independencia de actividades básicas e instrumentales.

TERCIARIA

incluye el Tx de las complicaciones como rigidez, anquilosis, atrofia muscular, osteoporosis por inmovilidad. Su prevención está relacionada con el control postural, posturas antiórgicas, cambios posturales.

TRATAMIENTO

El objetivo será recuperar la situación basal previa si la rehabilitación total no es posible. La aproximación a la movilización debe realizarse de forma progresiva, individualizada y tener como objetivo mínimo la consecución de la sedotación si es posible.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

La IU se engloba dentro de los sx geriátricos por su elevada prevalencia y su potencial para originar diferentes formas de incapacidad en el anciano, siendo fundamental la intervención sobre ella.

No forma parte del envejecimiento normal, aunque cambios relacionados con la edad pueden contribuir a su aparición. Deteriora la calidad de vida del px.

La OMS considera incontinencia "la pérdida involuntaria de orina genua objetivamente demostrable y suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien la padece"

La ICS la definió en el año 2002 como "toda queja de pérdida involuntaria de orina."

FISIOPATOLOGÍA

La continencia urinaria depende del normal funcionamiento de diversas estructuras anatómicas: SN y Vías urinarias; de una buena situación física, cognitiva y psicológica. La micción normal, aunque cambios relacionados con la edad pueden contribuir a su aparición.

La micción normal es un proceso dinámico en el que intervienen varios procesos fisiológicos coordinados. Consiste de 2 fases: llenado y vaciado regulados por el SNS, SNP y somático, controladas por la corteza cerebral que ejerce influencias inhibitorias y el tronco cerebral, influencias facilitadoras.

En la fase de llenado el tono simpático cierra el esfínter interno vesical, y relaja la cúpula vesical al inhibir el parasimpático.

La fase del vaciado provoca el estímulo parasimpático que produce la EJ vesical y se inhibe el tono simpático y somático.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Puede ser transitoria o establecida. En general se distinguen cuatro tipos fundamentales en función del nivel de afectación o del mecanismo de producción.

IU DE URGENCIA:

Pérdida involuntaria de orina, inmediatamente después o simultáneamente, con una sensación de vacío de la vejiga que a difícil postergar.

Las causas o factores de riesgo son:

- T. neurológicos
- Secundaria a alt. del urétero vesical
- Secundaria a obstrucción
- Idiopática.

IU DE ESFUERZO O ESTRÉS:

Pérdida involuntaria de orina por aumento de la presión abdominal sin que haya L3 vesical. Se produce una incapacidad para mantener cerrado el esfínter de la vejiga. Su etiología es multifactorial: el embarazo, parto vaginal, cirugía pélvica, debilidad congénita.

IU MIXTA:

Hay un componente de incontinencia de urgencia y de esfuerzo (hiperactividad e incompetencia esfínterica).

IU POR REBOSAMIENTO O PARADOJICA

Se produce en personas con procesos obstructivos en el tracto urinario inferior o con alteración de la contractilidad vesical, que determinan una retención urinaria crónica. Las causas son de 2 tipos:

- Orgánicas y Neurológicas

INCONTINENCIA FUNCIONAL

Es un dx de exclusión, una vez descartadas las causas anteriores, en el que confluyen varios aspectos funcionales.

Dx DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Su etiología en el anciano suele ser multifactorial por lo que se tiende que realice una valoración de multidimensional.

ANAMNESIS

a) Historia médica general: AC pasada, historia ginecológica, cirugía pélvica, patología neurológica etc

b) Historia médica dirigida: cuando sospechemos una IU debemos realizar una historia cuidadosa valorando:

- Frecuencia
- Nocturia
- Incontinencia
- Síntomas de vejiga animal

Puede ser útil el registro diario miccional donde se recoge lo que ha ocurrido durante 24 hrs respecto al num. y volumen de micciones voluntarias.

VALORACIÓN FUNCIONAL

Debe evaluarse el grado de dependencia para la realización de actividades de la vida diaria, la existencia o detección cognitiva y las deficiencias sensoriales.

EXPLORACIÓN

- Examen general
- Exploración abdominal focalizada
- Valoración de la sensibilidad perineal y reflejos lumbosacrales
- Exploración genital
- Medición del residuo vesical postmiccional.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Estas se irán solicitando en función de la sospecha de pudiendo ser de utilidad las siguientes:

- Analítica general, bioquímica de sangre y orina: glucemia, función renal, sedimento, urocultivo y PSA en orina.

Tx

El tx más indicado debe ser individualizado, evaluando el tipo de incontinencia y su repercusión, enfermedades asociadas, preferencias del px, aplicabilidad del tx.

Los Tx de la IU se pueden clasificar en 5 categorías:

- MODIFICADORES DE LOS FX PRECEDORES Y HÁBITOS DE VIDA
Suele incluir cambios en el estilo de vida

- ENTRENAMIENTO DEL VACIADO DE LA VESIGA

En personas sin deterioro cognitivo y con capacidad para ir al baño por sí solas son muy efectivos, supone el entrenamiento de la vejiga con horarios de vaciado, para conseguir una frecuencia miccional cada 3 hrs.

- REHABILITACIÓN DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO

Tiene como objetivo fortalecer las músculos que actúan de soporte a las estructuras físicas favoreciendo la mec. de contracción urinaria. Son Tx de elección en la IU de esfuerzo en la mujer, incluye:

- Ejercicio de los músculos del suelo pélvico
- Entrenamiento del peso vaginal mediante conos o bolas vaginales
- Pielzetas
- Asistencia a los ejercicios pélvicos con técnicas de biofeedback

- INTERVENCIÓN DEL SUPORTE O MEDIDAS PALIATIVAS

Incluyendo el uso de dispositivos absorbentes, colectores u sondas.

Tx FARMACOLÓGICO

Tiene como objetivo inhibir las contracciones involuntarias del músculo que rodea a la vejiga. El Tx en la vejiga hiperactiva e IU de urgencia se basa fundamentalmente en bloquear las receptores que actúan en el CIJ del músculo que inhibe la sensación de necesidad inminente

de origen. Los fármacos de elección son los anticolinérgicos o muscarínicos: Oxibutinina, cloruro de trospio, tolterodina.

Tabla 1. Características de los fármacos anticolinérgicos/antimuscarínicos. (Tomado de: Guías ONI)

Aminas terciarias	Dosis recomendada	Limitado su uso	Efectos adversos
Oxibutinina	2,5-5 mg/12-8 horas	Miastenia gravis	Xerostomía
Tolterodina	4 mg/ 24 horas	Glaucoma	Estreñimiento
Solifenacina	5-10 mg/ 24 horas	Obstrucción urinaria	Visión borrosa
Fesoterodina	4-8 mg/ 24 horas	Similares	Similares
Aminas cuaternarias: Cloruro de trospio	20 mg/12 horas	Similares	Similares

En cuanto a la incontinencia mixta, la clínica, en fase inicial, se manifiesta como síntomas mixtos. De hecho, con bloqueadores Alfa cuya acción rompe el incremento de la dinámica miccional, son bien tolerados:

- Alfuzosina: dosis max recomendada: 5mg/12 hrs
- Droxizolina: dosis max recomendada: 4-8 mg/24 hrs.
- Terazosina: Dm 5-10 mg/24 hrs.
- Tamsulosina Dm 0.4mg/24 hrs

Tx Qx

Ante un fracaso al Tx farmacológico, se opta por cirugía por la IU de esfuerzo o de estrés.

INCONTINENCIA FECAL

La IF es otro sx genético que comporta más repercusiones en la calidad de vida del anciano.

La continencia anal es la capacidad de retener el contenido intestinal, hasta que el individuo desea defecar.

MEC DE CONTINENCIA FECAL

Depende de numerosas fx: función mental, consistencia y volumen de las heces, etc.

Para ser continente es necesario poder distinguir entre heces sólidas, líquidas, pastosas y gases y disponer los mecanismos para retardar la defecación. El intestino grueso ejerce una función de reservorio.

Cuando el contenido intestinal llega a la ampolla rectal y es suficiente volumen, se produce el deseo de defecar, acompañado de una relajación refleja del esfínter.

ETIOLOGÍA Y FX RIESGO

Una pérdida de continencia puede resultar de la disfunción de los esfínteres anales, de una distensibilidad rectal anormal, una ↓ de la sensación rectal o una combinación de alguno.

Las principales Fx Riesgo son:

- Edad
- Incontinencia urinaria
- Inmovilismo
- Deterioro cognitivo
- Otras enf. neurológicas
- Impedimento local y de recc.

Tabla 2. Clasificación etiológica de la incontinencia fecal.

Incontinencia obstétrica	Lesión del esfínter externo postparto
Incontinencia muscular no obstétrica	Lesión quirúrgica del esfínter externo
Incontinencia neurológica	Lesiones suprapontinas, suprasacras, intrasacras o del cono
Incontinencia congénita	Agenesia o atresia rectal, fistulas
Incontinencia multifactorial con o sin lesión del esfínter anal interno	Cirugía anal sin lesión del esfínter externo, prolapso rectal, colon irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, proctitis rálica, diabetes...
Incontinencia idiopática	Sin ninguna causa reconocida

DIAGNOSTICO

Los principales objetivos deberán ser establecer la severidad de la incontinencia y fisiopatología que la produce y, con ello, decidir el Tx. Para establecer la severidad en la práctica clínica se utiliza la clasificación de Parks:

- Grado I: Continencia normal
- Grado II: Difi. en el control de gases y líquidos
- Grado III: Incontinencia total para líquidos
- Grado IV: Incontinencia a heces sólidas

Además debe realizarse historia clínica y exploración física.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Rx de abdomen: Cuando se sospeche impacción fecal alta
- Enema opaco y BMA pélvica
- Manometría
- Pictosigmoidoscopia y anoscopia
- Defecografía
- ECU endorectal
- EMG
- Técnicas de sensibilidad rectal

TRATAMIENTO

- a) consejo consej subyacente si es posible
- b) Tx conservador y medidas higiénico dietéticas
 - Programas de entumecimiento intestinal
 - Técnicas de modif. de conducta
 - Tx del mal de perrans
 - Eliminación de barreras cognitivas
 - Utilización de abreactores
- c) Tx farmacológico: enfocado en mejorar la consistencia de la deposición o el tono del esfínter.
 - Antidiarreicos: Codeína y loperamida, Difenoxilato de atropina

SINCOPE EN EL ANCIANO

Es un cuadro clínico caracterizado por la pérdida súbita de conciencia debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria de corta duración, con recuperación completa de forma espontánea.

FISIOPATOLOGÍA

El mecanismo fisiopatológico común a todos los tipos de síncope es la hipoperfusión cerebral global por diversas causas durante un tiempo mínimo de 6-8 seg de duración. La TA está determinada por el GC y BP por lo que un ↓ en uno o ambos fx puede desencadenar un episodio sincopal.

ETIOLOGÍA

Las causas más comunes de síncope en las px de edad avanzada son la hipotensión ortostática, el síncope reflejo y las arritmias cardíacas. En ancianos es habitual que la etiología del síncope sea mixta.

SINCOPE REFLEJO O NEURUMEDIADO: Se refiere a un grupo heterogéneo de situaciones que se clasifican según las vías eferentes y aferentes implicadas.

(MAG)

- Las vías eferentes conducen los reflejos cardiovasculares.

- Las vías aferentes transmiten los distintos tipos de estímulos desencadenantes.

Se pueden distinguir los siguientes síncopes neurumediados:

SINCOPE VASOVAGAL

Hay una hipoaactividad simpática y atonía venosa. Ambos fx condicionan una intensa congestión del VI desprecionada activándose los mecanorreceptores ventriculares, y las fibras aferentes vasales que inhiben la act. simpática y ↑ la parasimpática.

SINCOPE SITUACIONAL

Existe un control autónomo anormal y suele asociarse a movimientos de Valsalva. Se produce mediante o inmediatamente posterior a movimientos típicos.

HSC

La estimulación de los barorreceptores originan impulsos aferentes conducidos a través del nervio vago hasta el bulbo raquídeo donde se activan las fibras eferentes y se produce una respuesta cardiinhibitoria, vasodilatadora o mixta.

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA

Se define como \downarrow de la TA sistólica ≥ 20 mmHg y TA diastólica ≥ 10 mmHg en los primeros 3 min en bipedestación. En bipedestación se almacena la sangre a las miembros inf. y en el área esplénica \downarrow el retorno venoso, el GC y estimulan los barorreceptores. Se pueden distinguir las siguientes causas de hipotensión ortostática:

- Fallo autonómico primario
- Fallo autonómico secundario
- Secundario a fármacos tóxicos
- Por depleción de volumen

SINCOPE CARDIACA

ARRITMIA

La bradycardia y la taquicardia ventricular son la causa más frecuente de síncope en el anciano. Producen deficiencia hemodinámica por una disminución crítica del GC y del flujo sanguíneo cerebral. Las arritmias facilitadoras del síncope son:

- Bradicardia sinusal
- BAV de segundo grado Mobitz II y BAV completo
- Bloqueo de rama izquierda y derecha alternante
- Taquicardia ventricular o TV rápida
- TV no sincrónica a VT largo o corto

EVALUACIÓN DX

La evaluación inicial de una pérdida transitoria del conocimiento consiste en la realización de una historia clínica cuidadosa que incluye AP, síntomas prodromicos, etc. Esta evaluación define la causa del síncope en un 23-50% y según sus resultados se pueden realizar otras exploraciones en función de la sospecha etiológica: Masaje del seno carotideo, ECG, pruebas ortostáticas.

Si la pérdida transitoria del conocimiento es de tipo no sincupal realizaremos un examen neurológico o análisis de sangre. La evaluación inicial debe responder 3 preguntas:

- ¿Es un episodio sincupal o no?
- ¿Se ha determinado el dx etiológico?
- ¿Existe riesgo ↑ de episodios cardiovasculares o muerte?

PRUEBAS DX

En px frágiles deben adaptarse estudios dx según el pronóstico y las expectativas de beneficio.

MASAJE DEL SENO CAROTIDEO

Este maniobra dx se considera indicada cuando tras la evaluación dx inicial se han descartado las causas más habituales del síncope.

PRUEBAS ORTOSTÁTICA

Actualmente existen 2 pruebas o tests:

- Bipedestación activa: sirve para dx diferentes tipos de intolerancia ortostática.
- Masa basculante o Tilt test: Esta prueba tiene una sensibilidad específica y reproductividad limitada.

MONITORIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA

Se usa la probabilidad de identificar una arritmia como causa de síncope o alto.

- Monitorización durante el ingreso
- Holter (24-48h o 7 días)
- Grabadores de buche implantables

ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

Este indicado en casos de cardiopatía estructural que presentan síncope de causa desconocida. Identifica a un grupo de px con ↑ riesgo de mortalidad. Este indicado en las siguientes situaciones:

- Cardiopatía isquémica si la evaluación de inicial sugiere un síncope arritmico y no existe indicación de un DAI.
- En px con bloque de seno
- Sospecha de bradicardia inoportuna
- Sospecha de taquicardia

PRUEBA DE ATP O ADENOSINA

Esta prueba de debe realizarse en unidades hospitalarias especializadas dotadas de material e infraestructura adecuadas y de personal cualificado. Consiste en inyección de bolo rápido (< 2 seg) de ~~m~~ 20 mg de ATP con monitorización ECG.

ECD

Detecta la existencia de cardiopatía estructural y sirve para determinar la estroficación del riesgo basada en la FEVI.

CATETERISMO CARDIACO

Documen arritmias producidas por la isquemia.

OTRAS PRUEBAS

ECG, TAC o RMN, Doppler carotideo

PRONOSTICO

Es importante etiologizar el pronóstico de las px para establecer la probabilidad de muerte súbita y de síncope cardiovascular.

El pronóstico depende de la etiología del síncope y de la enfermedad cardiovascular de base, clasificándose las px en las siguientes categorías pronósticas según la causa subyacente:

a) Enf. estructural síncopa o enfermedad coronaria

- ICC, FEVI baja o IAM reciente

b) Características clínicas o ECG sugerentes de síncope arritmico

- Bradicardia sinusal

- QT largo o corto

- BRD en ausencia de ST en V1-V3

- Síncope durante esfuerzo o en posición decubito supina

- Palpitaciones

- Historia fam de muerte súbita

- TV no sostenida

- Bloqueo bifascicular

c) Comorbilidades

- Anemia severa

- Ald. hidroelectrolíticas

El síncope de origen cardiovascular conlleva un peor pronóstico con mayor índice de muerte súbita y de mortalidad global.

TRATAMIENTO

El esquema global del Tx está basado en la etiologización del suceso que nos sirve para evaluar el pronóstico de la px.

El tx tiene como obj. prolongar la supervivencia, limitar los síntomas fuente y prevenir las recurrencias y depende de la etiología del síncope:

TX DEL SÍNCOPE REFLEJO Y LA TOLERANCIA ORTOSTÁTICA

Comprende intervenciones dirigidas a la prevención del síncope reflejo. En general el tx inicial no farmacológico consiste en

- Explicar el riesgo y tranquilizar al px sobre pronóstico
- Educar al px
- Previamente a piezas de los síntomas probables y realización de maniobras para interrumpir el episodio
- Ajustar el tx de las fármacos hipotensivos

Se han probado muchos fármacos para el tx del síncope reflejo sin clara evidencia de su utilidad como son:

- B-bloqueadores
- Etilefrina y midodrina
- Inhibidores de la receptación de serotonina

La implantación de marcapasos auriculoventriculares pueden ser útiles para el caso de síncope cardiointermitente, aunque no tenga efecto sobre las respuestas cardiodipensivas