

función física en ancianos. En 2001, la OMS respaldó de forma oficial a un nuevo sistema de clasificación, la *International Classification of Functioning, Disability and Health*, conocida más a menudo como ICF. En ésta, las mediciones de salud se clasifican desde las perspectivas corporal, individual y social mediante dos listas: una de funciones y estructura corporal, y otra de dominios de actividad y participación. Como el funcionamiento y la discapacidad del individuo ocurren en un contexto, la ICF también incluye una lista de factores ambientales. Se encuentra en desarrollo una lista detallada de códigos que permiten la clasificación de las funciones corporales, actividades y participación. El sistema ICF tiene una implementación amplia en Europa y gana cada vez más popularidad en Estados Unidos. Cualquiera que sea el sistema de clasificación usado, el profesional de la salud debe intentar identificar los factores modificables para minimizar la discapacidad. Muchos de estos factores se describen en este capítulo. Los aspectos importantes relacionados con el envejecimiento que no se consideran en este capítulo, pero se cubren en otra parte incluyen demencia (cap. 35) y otros trastornos cognitivos, como afasia, pérdida de memoria y otras alteraciones cerebrales focales (cap. 36).

Síndromes geriátricos El término *síndrome geriátrico* incluye trastornos clínicos frecuentes en personas de edad avanzada; tienen un efecto secundario en la función y la calidad de vida; son de fisiopatología multifactorial; a menudo afectan sistemas no relacionados con la causa principal aparente; y se manifiestan con cuadros clínicos estereotípicos. La lista de síndromes geriátricos incluye incontinencia, delirio, caídas, úlceras por presión, trastornos del sueño, problemas con la ingestión o alimentación, dolor y estado de ánimo deprimido. Además, la demencia y la discapacidad física también se consideran síndromes geriátricos. El uso del término *síndrome* es un poco engañoso, ya que suele usarse para describir un patrón de síntomas y signos que tienen una sola causa subyacente. En cambio, los síndromes geriátricos se refieren a "trastornos de salud multifactoriales que se presentan cuando los efectos acumulados de las alteraciones en múltiples sistemas vuelven a un anciano vulnerable a desafíos situacionales". Según esta definición, los síndromes geriátricos reflejan las complejas interacciones entre los aspectos vulnerables del individuo y la exposición a causantes de estrés o dificultades. Esta definición concuerda con el concepto de que los síndromes geriátricos deben considerarse consecuencias fenotípicas de la fragilidad y que una pequeña cantidad de factores de riesgo comunes contribuyen a su etiología. En realidad, en varias combinaciones y frecuencias, todos los síndromes geriátricos se caracterizan por cambios en la composición corporal, deficiencias energéticas, desequilibrios en las señalizaciones y neurodegeneración. Por ejemplo, la actividad disminuida del detrusor (vesical) es un trastorno geriátrico multifactorial que contribuye a la retención urinaria en el anciano frágil. Se caracteriza por atrofia, fibrosis y degeneración axónica del músculo detrusor. Un estado proinflamatorio y la falta de señales estrogénicas causan disminución de la masa muscular y actividad del detrusor, mientras que una infección urinaria crónica puede producir hiperactividad del detrusor; todos ellos son factores que contribuyen a la incontinencia urinaria.

Por limitación de espacio, en este capítulo sólo se consideran el delirio, caídas, incontinencia, dolor crónico y anorexia. Al final del capítulo pueden consultarse las referencias para obtener detalles sobre otros síndromes geriátricos.

Delirio (Véase también el cap. 34) El delirio es un trastorno agudo con atención alterada que fluctúa con el tiempo. Afecta de 15 a 55% de los ancianos hospitalizados. Antes se consideraba que el delirio era transitorio y reversible, y una consecuencia normal de la cirugía, enfermedad crónica o infecciones en los ancianos. El delirio puede relacionarse con un riesgo mucho mayor de demencia y es un factor de riesgo independiente para la morbilidad, hospitalización prolongada y muerte. Estos vínculos son más notables en los más ancianos. La figura 11-6 muestra un algoritmo para valorar y tratar el delirio en pacientes geriátricos hospitalizados. El cuadro clínico del delirio es heterogéneo, pero las manifestaciones frecuentes son 1) deterioro rápido del nivel de conciencia con dificultad para enfocar, desviar o sostener la atención; 2) cambios cognitivos (habla incoherente, lagunas en la memoria, desorientación, alucinaciones) no explicados por demencia; y 3) antecedentes médicos sugestivos de daño cognitivo preexistente, fragilidad y morbilidad múltiple. Los factores predisponentes más importantes para el delirio son demencia, cualquier otro trastorno relacionado con disfunción neurológica crónica o transitoria (enfermedades neurológicas, deshidratación, consumo de alcohol, fármacos psicoactivos) y privación sensorial (visual y auditiva), lo que sugiere que el delirio es un trastorno en la susceptibilidad de la función cerebral (neurodegeneración o daño neuronal transitorio) que no puede evitar la descompensación cuando

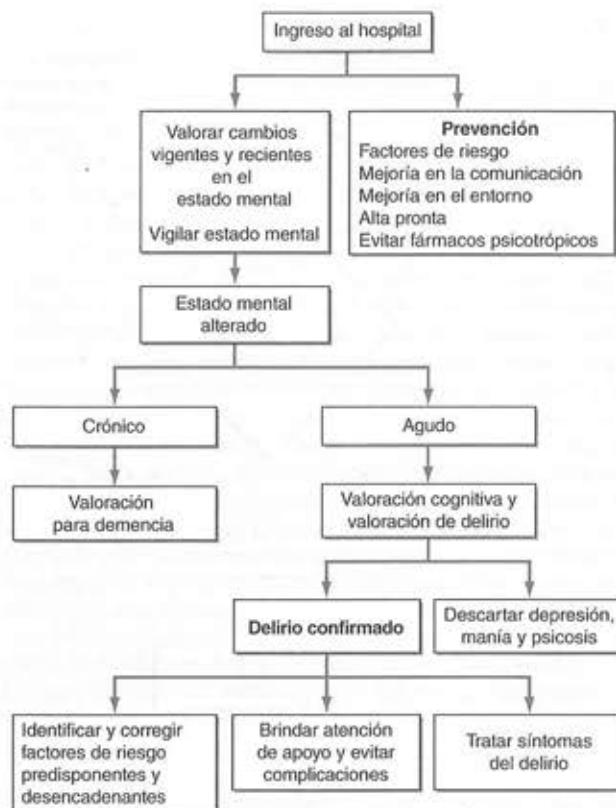


FIGURA 11-16. Algoritmo que muestra la valoración y tratamiento del delirio en ancianos hospitalizados. (Modificado a partir de SK Inouye: *N Engl J Med* 354:1157, 2006.)

se expone a un fenómeno estresante. Se han postulado muchos trastornos estresantes como factores desencadenantes, incluidos la cirugía, anestesia, dolor persistente, opiáceos, narcóticos, anticolinérgicos, privación de sueño, inmovilización, hipoxia, desnutrición y trastornos metabólicos y electrolíticos. El inicio e intensidad del delirio pueden disminuirse con la detección anticipatoria y estrategias preventivas dirigidas a reducir las causas desencadenantes. El *Confusion Assessment Method* (CAM) es una herramienta sencilla y validada para detección en el ambiente hospitalario. Los tres fundamentos del tratamiento son 1) identificación y tratamiento inmediatos de los factores desencadenantes; 2) suspensión de fármacos que pudieron inducir el delirio, y 3) atención de apoyo, que incluye corrección de la hipoxia, hidratación y nutrición, movilización y modificaciones ambientales. Todavía hay duda sobre si los pacientes atendidos en unidades especiales para delirio tienen mejores resultados que los que no se tratan en ellas. Deben evitarse las restricciones físicas porque tienden a aumentar la agitación y las lesiones. Siempre que sea posible, debe evitarse el tratamiento farmacológico porque puede prolongar o agravar el delirio en algunos casos. El tratamiento de elección es una dosis baja de haloperidol. Aún es difícil reducir el delirio en pacientes con enfermedad aguda u otras condiciones estresantes. Las intervenciones basadas en la complementación dietética o el uso cuidadoso de analgésicos y sedantes en los pacientes geriátricos perioperatorios y posoperatorios sólo tienen éxito parcial.

Caídas y trastornos del equilibrio La marcha inestable y las caídas son preocupaciones serias en el adulto mayor porque pueden causar no sólo lesión, sino también restricción de actividad, aumento del uso de servicios de salud e incluso la muerte. Como todos los síndromes geriátricos, los problemas de equilibrio y las caídas tienden a ser multifactoriales y tienen un fuerte vínculo con los sistemas alterados por el envejecimiento que contribuyen a la fragilidad. La fuerza muscular deficiente, el daño neural de los ganglios basales y cerebelo, diabetes y neuropatía periférica son factores de riesgo conocidos para las caídas. Por tanto, la valoración y tratamiento requieren de una estrategia multisistémica estructurada que abarque todo el espectro de fragilidad y más. Por consiguiente, las intervenciones para evitar o reducir la inestabilidad y las caídas casi siempre requieren diversas estrategias médicas, de rehabilitación y modificación ambiental. Las guías para valoración y manejo de las caídas, emitidas por la *American Geriatrics Society*, recomiendan preguntar a todos los pacientes geriátricos sobre caídas