



Unidad III. Principales Enfermedades Geriátricas.

Tema IV. Otras enfermedades. Trastornos del sueño y Demencia

*MSc. Dr. Urbano Solis Cartas. Mg.
Especialista de 1er Grado en Reumatología*

Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo.

• **Trastornos del sueño**

- **Alta prevalencia en la edad geriátrica.**
- **Importante causa de consulta médica.**
- **Provocan alteraciones tanto en la calidad de vida del paciente, como en la de sus familiares y cuidadores.**
- **Más del 50 % de las personas mayores están afectadas por trastornos del sueño.**
- **Son más frecuente en el sexo femenino, salvo el síndrome de apnea del sueño que es más común en el masculino.**
- **El 35-45% de las prescripciones de hipnóticos corresponden a ancianos, constituyendo ésta una de las causas más comunes de reacciones adversas a medicamentos.**

Tabla 1. Cambios en el sueño con la edad

Patrón del sueño		Estructura del sueño	
Tiempo en la cama	Aumenta	NREM:	
Tiempo total de sueño	Constante	– Fase I	Aumentado.
Tiempo de sueño nocturno	Disminuye	– Fase II	Variable (suele descender).
Tiempo en dormirse	Aumenta	– Fase III y IV	Disminuidos.
Despertares nocturnos	Aumentan	REM	Disminuido, como consecuencia del menor tiempo de sueño nocturno.
Cabezadas diurnas	Aumentan		
Rendimiento del sueño	Disminuye		

Tabla 2. Tipos de insomnio

Tipo de insomnio

Insomnio de conciliación: se caracteriza por una latencia del sueño prolongada (> 30 minutos).

Insomnio de mantenimiento: más de dos despertares nocturnos o más de una hora de vigilia nocturna.

Insomnio con despertar precoz: el individuo se despierta más temprano de lo habitual y es incapaz de volver a dormirse.

Duración del insomnio

Insomnio transitorio: < 1 semana. No existen antecedentes previos de trastornos del sueño, y no provoca repercusiones sobre la actividad diurna. La causa suele ser una situación emocional estresante aguda.

Insomnio de corta duración: su duración no supera las tres semanas, pero pueden aparecer ciertas repercusiones diurnas (irritabilidad, malestar general, cansancio, etc.). Habitualmente está provocado por una situación estresante, pero más prolongada en el tiempo.

Insomnio crónico: duración superior a las tres semanas, durante las cuales el anciano duerme menos de cinco horas diarias y las repercusiones sobre la actividad diurna son muy importantes.

Tabla 3. Causas del insomnio**Enfermedades médicas**

- Enfermedades cardiopulmonares.
- Patología osteoarticular.
- Patología gastroesofágica.
- Enfermedades prostáticas y vesicales.
- Trastornos endocrinos.
- Enfermedades neurológicas:
 - Enfermedad de Parkinson.
 - Demencias.
 - Epilepsia nocturna.
 - Accidente vasculocerebral.
 - Migrañas.
- Neoplasias.
- Enfermedades dermatológicas: Eczema.
- Síndromes dolorosos.

Factores sociales

- Jubilación.
- Institucionalización.
- Cambio de domicilio.
- Hospitalización.
- Aislamiento y pobreza.

Causas farmacológicas

- Estimulantes del SNC.
- Simpaticomiméticos.
- Vasodilatadores.
- Antineoplásicos.
- Difenhidantoína.
- β -bloqueantes.
- Alcohol.
- Hormonas tiroideas.
- Teofilinas.
- Piracetan.
- Cafeína.

Enfermedades psiquiátricas

- Depresión mayor.
- Trastorno bipolar.
- Trastorno de ansiedad.
- Trastornos obsesivo-compulsivos.
- Psicosis.
- Anorexia nerviosa.
- Trastornos adaptativos.

Cambios en el entorno

- Ruido excesivo.
- Incomodidad en la cama.
- Exceso de calor ambiental.

- Antagonistas del calcio.
- ACTH y corticoides.
- Alfa metil dopa.
- Broncodilatadores beta-dos adrenérgicos.
- L-dopa.
- Benzodiazepinas.
- Antipsicóticos.
- Anticolinérgicos.
- Antidepresivos tricíclicos e IMAO.
- Fluoxetina y sulpiride.
- Anfetaminas.

Tratamiento:

- 1.- Medidas no farmacológicas
- 2.- Medidas farmacológicas.

1. Medidas no farmacológicas

- Medidas de higiene del sueño.
- Técnicas de relajación.
- Terapias cognitivo-conductuales: pretender modificar los malos hábitos y creencias del sueño.

Tabla 4. Higiene del sueño

Recomendaciones útiles

- Acostarse siempre a la misma hora.
- Limitar la permanencia en cama a un máximo de ocho horas.
- Mantenga la habitación en las mejores condiciones posibles (cama confortable, pijama adecuado, temperatura idónea).
- Mantener la habitación a oscuras y sin ruidos.
- Separar la hora de acostarse de la de la cena y evitar cenas copiosas.
- Un vaso de leche o un trozo de queso antes de acostarse puede ser beneficioso (ya que el triptófano que contiene es un aminoácido inductor del sueño).
- Si precisa levantarse muchas veces por la noche para orinar, restrinja los líquidos antes de acostarse.
- Evitar sustancias estimulantes, como alcohol, tabaco, café, etc.
- Evitar también estímulos mentales: preocupaciones, discusiones sobre problemas familiares, económicos, etc.
- No utilizar el dormitorio como cuarto de trabajo ni de televisión.
- Ayudarse si es preciso con medidas relajantes, como lecturas intrascendentes, etc.
- Evitar las siestas durante el día.
- Realice ejercicio físico durante el día, pero no antes de acostarse.
- Evite la utilización de hipnóticos sin una prescripción médica.
- Si no concilia el sueño en 30 minutos, levántese y entreténgase con una actividad tranquila.

Tratamiento:

2.- Medidas farmacológicas

- Una solución transitoria
- Valorar si el insomnio es de conciliación, de mantenimiento o de despertar precoz.
- Tener en cuenta los medicamentos que toma el paciente y usar dosis menores a los de adultos.
- Evitar **benzodiazepinas (BZP) de acción prolongada** (ya que su acumulación puede producir un cuadro de confusión, apatía y retraso psicomotor), **los hipnóticos y los neurolépticos.**

- Elegir un fármaco que tenga las siguientes características: rapidez en la inducción del sueño, mantenimiento del mismo un mínimo de seis horas, no alteración de la estructura fisiológica del sueño, carecer de efectos colaterales y no producir tolerancia ni dependencia.
- Usamos las **BZD** (elección)(contraindicado en Síndrome de apnea del sueño, depresión marcada y/o abuso de alcohol, drogas o fármacos.
- **Hipnóticos no benzodiazepínicos:** son fármacos de vida media corta, inicio rápido y potencia alta. Tienen una efectividad similar a las BZD pero con menores problemas de tolerancia, dependencia y escasa incidencia de insomnio de rebote al suspenderlos. Los más usados son: zoplicona, zolpidem y zaleplón.

Tabla 5. Recomendaciones del tratamiento con hipnóticos

Insomnio de corta duración

- Revisar hábitos e higiene del sueño.
 - Si se necesita un hipnótico, utilizar una BZD de vida media corta, a la menor dosis posible, o los nuevos hipnóticos no benzodiazepínicos.
 - Utilizarlos de forma intermitente; omitir una dosis nocturna después de una o dos noches de sueño adecuado.
 - No emplearlos durante períodos mayores de tres semanas y suprimirlos gradualmente.
-

Insomnio de larga duración

- Utilizar hipnóticos en combinación con psicoterapia y terapia conductual.
- Puede ser preferible utilizar una BZD de vida media larga, pero de forma intermitente (por ejemplo cada tres noches).
- Los antidepresivos sedantes pueden ser útiles.
- Reducir la medicación gradualmente cuando el tratamiento sea eficaz.
- Los casos difíciles o resistentes se pueden beneficiar de una valoración psiquiátrica o estudio del sueño.

Tabla 6. Fármacos más usados en el tratamiento del insomnio

	Nombre comercial	Dosis anciano
BZD de acción larga		
Flurazepan	Dormodor; cps 30 mg	15 mg
Diazepan	Diazepan EFG, cp (2, 2,5, 5 y 10 mg) Valium, cp (5 y 10 mg)	5 mg
Clorazepato	Tranxillum, caps. (5, 10 y 15 mg)	5 mg
BZD de acción intermedia		
Lorazepam	Lorazepan EFG; cp 1mg Orfidal, cp 1mg Idalpren, cp (1 y 5 mg) Placinal, cp 1mg Sedizepan, cp 1mg	0,5-1 mg
Ketazolan	Marcen, caps. (15, 30 y 45 mg) Sedotime, caps. (15, 30 y 45 mg)	15 mg
Temazepam		15 mg
BZD de acción corta		
Triazolam	Halción, cp 0,125 mg	0,125 mg
Alprazolam	Alprazolam EFG, cp (0,25, 0,5, 1 y 2 mg) Trankimazin, cp (0,25, 0,5, 1 y 2 mg)	0,25 mg
Midazolam	Dormicum, cp 7,5 mg	7,5 mg
Hipnóticos no benzodiazepínicos		
Zoplicona	Datolan, cp 7,5 mg Limovan, cp 7,5 mg; Siaten, cp 7,5 mg	7,5 mg
Zolpidem	Zolpidem EFG, cp (5 y 10 mg) Dalparam, cp 10 mg Stilnox, cp 10 mg	5-10 mg
Zaleplon	Sonata, caps. 10 mg	5 mg

Demencia

La demencia es un síndrome caracterizado por la **disminución de las funciones superiores, entre ellas la memoria**, en relación con el nivel previo de los pacientes, que se acompaña de **alteraciones psicológicas y del comportamiento**, produciendo en el sujeto una **discapacidad progresiva**.

Se plantea que una de las enfermedades de mayor crecimiento, sobre todo en países desarrollados. Prevalencia del 0,3 % en el grupo de población entre 60-69años, 3,2 % entre 70-79 años y se llega al 10,8 % en el grupo etario de más de 80años.

Tabla 1. Prevalencia de demencia

Edad (años)	Jorm (%)	Hofman (%)	Ritchie (%)	Ritchie (%)
60-64	0,7	1	0,9	—
65-69	1,4	1,4	1,6	1,5
70-74	2,8	4,1	2,8	3,5
75-79	5,6	5,5	4,9	6,8
80-84	11,1	13	8,7	13,6
85-89	23,6	24,5	16,4	22,4
90-94	—	—	—	44,8

Clasificación de las demencias: Primarias o Secundarias

Demencias degenerativas primarias

1. Predominio cortical:

- Enfermedad de Alzheimer.
- Demencia frontotemporal: enfermedad de Pick, afectación C. estriado, degeneración lóbulo frontal, afectación neurona motora.
- Degeneraciones focales: demencia semántica, atrofia cortical posterior, afasia primaria progresiva, prosopognosia progresiva, amusia y aprosodia progresiva, apraxia primaria progresiva.

2. Predominio subcortical:

- Degeneración corticobasal.
- Demencias por cuerpos difusos de Lewy.
- Parálisis supranuclear progresiva.
- Enfermedad de Parkinson-Demencia.
- Enfermedad de Huntington
- Atrofas, multisistémica.
- Hederoataxias progresivas.

Demencias secundarias

Metabólica: encefalopatía urémica, hepática, hipóxica e hipercápnica.

Carencial: tiamina, ácido nicotínico, ácido fólico y vitamina B12.

Endocrino: insuficiencia hipofisaria, hipo e hiperparatiroidismo, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal y síndrome de Cushing.

Infecciosas: bacterias, micosis, vírica y priones.

Mecanismo expansivo cerebral: tumor cerebral e hidrocefalia normotensiva.

Fármacos: antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos, anticolinérgicos, antihistamínicos, benzodiazepinas, antidepresivos, litio, anticonvulsivos, antieméticos, antiseoretos, hipotensores, cardiotónicos, inmunosupresores y antiparkinsonianos.

Tóxicos: alcohol, toxinas orgánicas, metales pesados y demencia diálisis aluminio.

Postrumática: demencia postraumática y demencia pugilística.

Psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y reacción de conversión.

Enfermedades del colágeno: sarcoidosis, bechet, lupus eritematoso sistémico y esclerodermia.

Enfermedades por depósito: porfiria, leucodistrofias, enfermedad por depósito de lípidos y enfermedad de Wilson.

Miscelánea: epilepsia y esclerosis múltiple.

Demencias vasculares

- Demencia multinfarto.
 - Demencia por infarto único en área estratégica.
 - Enfermedad de pequeños vasos:
 - Estado lacunar.
 - Enfermedad de Binswanger.
 - Angiopatía cerebral amiloidea.
 - Enfermedad colágeno vascular con demencia.
 - CADASIL.
 - Demencia por hipoperfusión (isquemia-hipoxia).
 - Demencia hemorrágica:
 - Hemorragia traumática subdural.
 - Hematoma cerebral.
 - Hemorragia subaracnoidea.
 - Otros mecanismos vasculares.
-

Tabla 9. Fármacos asociados a deterioro cognitivo

Cardiotónicos: digoxina.

Antiarrítmicos: disopiramida, quinidina.

Hipotensores: propanolol, metoprolol, atenolol, verapamilo, nifedipino, prazosín.

Antibióticos: cefalosporinas, ciprofloxacino, metronidazol.

Anticolinérgicos: escopolamina.

Antihistamínicos.

Benzodiazepinas y barbitúricos: alprazolam, diazepam, lorazepam, fenobarbital.

Relajantes musculares: baclofen.

Antiinflamatorios: aspirina, ibuprofeno, naproxeno, indometacina.

Analgésicos narcóticos: codeína.

Antidepresivos: imipramina, desipramina, amitriptilina, fluoxetina.

Anticonvulsivantes: carbamacepina, valproico, fenitoína.

Antimaniacos: litio.

Antiparkinsoniano: levodopa, pergolida, bromocriptina.

Antieméticos: metoclopramida.

Antisecretores: ranitidina, cimetidina.

Antineoplásicos: citarabina, clorambucil.

Inmunosupresores: interferón, ciclosporina.

Corticosteroides: hidrocortisona y prednisona.

Tabla 8. Diagnóstico de demencia

Historia clínica:

Antecedentes personales.

Antecedentes sociales.

Antecedentes familiares.

Historia farmacológica.

Enfermedad actual.

Exploración física y neurológica

Exploración neuropsicológica y funcional:

Escalas breves cognitivas.

Baterías neuropsicológicas.

Escalas de actividades de la vida diaria.

Pruebas complementarias:

Hemograma y velocidad globular de sedimentación.

Bioquímica: glucosa, electrolitos (calcio), prueba de función renal, hepática y tiroidea.

Vitamina B12.

Serología sífilis.

Prueba de imagen: TAC/RMN.

Pruebas complementarias optativas:

Serología VIH.

Punción lumbar.

Estudio inmunológico.

Sedimento de orina.

Estudio toxicológico.

Neuroimagen funcional: SPECT/PET.

Electroencefalograma.

Estudios genéticos.

Tratamiento

- **No existe un tratamiento específico de forma general.**
- **El tratamiento se hará de forma sintomática, según las manifestaciones clínicas que presente el paciente.**
- **Se debe tener en cuenta los factores de riesgo de la enfermedad, compensar las enfermedades crónicas, evitar los trastornos vascular, relacionar los síntomas con los medicamentos que toma el paciente.**
- **Se debe tener tolerancia y paciencia con estos pacientes ya que su cuadro es irracional pero no intencionado**

Un acercamiento útil para ayudar a los cuidadores a reducir los problemas asociados a la conducta es enseñarles «las cuatro R» del cuidado de la demencia:

- a) **Reafirmación:** útil en la eliminación de la confrontación, así como a la hora de ayudar al paciente a darse cuenta de que le rodea un entorno de apoyo y afecto.
- b) **Reorientación:** permite al paciente saber dónde se encuentra y qué está haciendo.
- c) **Repetición:** recuerda al paciente lo que sucederá en un futuro inmediato y lo que deberá hacer en cada circunstancia.
- d) **Redirección:** disminuye los comportamientos problemáticos distrayendo la atención del paciente de una circunstancia enfurecedora y frustrante a otra de contenido emocional más benigno.

Enfermedad de Alzheimer

Es una demencia cortical, degenerativa, primaria, de origen desconocido, caracterizada por la pérdida de memoria de instauración gradual y continua, con afectación global del resto de las funciones superiores, que conlleva la repercusión consecuente en la actividad laboral o social.

Factores de Riesgo: edad avanzada, sexo femenino, bajo nivel educativo, historia previa de depresión, traumatismo cerebral, genotipos que confieren determinada vulnerabilidad que se denominan genes de susceptibilidad.

El diagnóstico es clínico, estableciéndose criterios de probabilidad diagnóstica, obteniéndose el definitivo mediante el estudio anatomopatológico.

Tabla 5. Criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer

Criterios para el diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer probable:

- Demencia.
- Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.
- Comienzo entre los 40 y los 90 años, con mayor frecuencia después de los 65 años.
- Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que pudieran producir el deterioro progresivo observado de la memoria y de las otras funciones cognitivas.

Apoyan el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable:

- Deterioro progresivo de alguna función cognitiva específica (afasia, apraxia, agnosia).
- Alteraciones conductuales y en la realización de las actividades diarias habituales.
- Antecedentes familiares de trastorno similar, especialmente si obtuvo confirmación anatomopatológica.
- Pruebas complementarias: TAC craneal atrofia cerebral, líquido cefalorraquídeo y electroencefalograma normal.

Aspectos clínicos compatibles con el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable:

- Mesetas en la progresión de la enfermedad.
- Otras alteraciones neurológicas, especialmente en fases avanzadas, hipertensión, mioclonías, alteración de la marcha y convulsiones.
- Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, accesos emocionales, físicos o verbales, alteraciones de la conducta sexual, pérdida de peso.
- TAC cerebral normal para la edad del paciente.

Histopatológicamente se encuentra:

Macroscópicamente: atrofia cortical con ensanchamiento de los surcos cerebrales y dilatación ventricular compensadora, más acentuada en los lóbulos frontales, parietales y temporales.

Microscópicamente: ovillos neurofibrilares, placas seniles (neuríticas) y angiopatía amiloidea (depósito de proteína beta-amiloide).

Tratamiento

- **No existe un tratamiento específico de forma general.**
- **El tratamiento se hará de forma sintomática, según las manifestaciones clínicas que presente el paciente.**
- **Se debe tener en cuenta los factores de riesgo de la enfermedad, compensar las enfermedades crónicas, evitar los trastornos vascular, relacionar los síntomas con los medicamentos que toma el paciente.**
- **Se debe tener tolerancia y paciencia con estos pacientes ya que su cuadro es irracional pero no intencionado**

Un acercamiento útil para ayudar a los cuidadores a reducir los problemas asociados a la conducta es enseñarles «las cuatro R» del cuidado de la demencia:

- a) **Reafirmación:** útil en la eliminación de la confrontación, así como a la hora de ayudar al paciente a darse cuenta de que le rodea un entorno de apoyo y afecto.
- b) **Reorientación:** permite al paciente saber dónde se encuentra y qué está haciendo.
- c) **Repetición:** recuerda al paciente lo que sucederá en un futuro inmediato y lo que deberá hacer en cada circunstancia.
- d) **Redirección:** disminuye los comportamientos problemáticos distrayendo la atención del paciente de una circunstancia enfurecedora y frustrante a otra de contenido emocional más benigno.