INFARCTUL MIOCARDIC ACUT LA VÂRSTNIC

Inima unui vârstnic, nu se mai poate adapta la efort. Apare frecvent dispneea la eforturi minime. De aceea la bătrâni simptomul principal nu este durerea precordială ci dispneea. Se discută chiar despre o insuficienţa cardiacă latentă a bătrânului. Infarctul miocardic la vârstele înaintate scade ca frecvenţă. Moartea coronariană scade după 70 de ani, dar creşte moartea subită vascularo-cerebrală. Deci, deşi afectarea aterosclerotică a coronarelor creşte, morbiditatea prin infarct miocardic scade. Explicaţia probabilă constă în selecţia prin deces, diminuarea solicitărilor fizice şi psihice etc. Infarctul miocardic este mai frecvent la femeile vârstnice decât la bărbaţii de aceeaşi vârstă.



Interesant este şi faptul că la persoanele vârstnice, se găsesc factori de risc mai puţini decât la nevârstnici. Hipertensiunea arterială este cel mai frecvent factor de risc la bătrâni.

Urmează diabetul zaharat. în concluzie, la bolnavul vârstnic, scade numărul factorilor de risc, frecvenţa acestora

fiind în ordine hipertensiunea arterială, diabetul zahart şi angorul, spre deosebire de bolnavii nevârstnici unde pe

primul plan se situează obezitatea, fumatul şi hiperlipidemia. O altă caracteristică este frecvenţa infarctelor miocardice mute, descoperite întâmplător, pe traseele ECG, şi la examenele necroptice.

Tablul clasic al infarctului miocardic la bătrâni, este înlocuit de tablouri asimptoma-tice şi fruste, de aspecte atipice şi simptomatologie de împrumut. Apar astfel infarcte cu tablouri false abdominale, fals cerebrale sau fals pulmonare, care creează mari dificultăţi de diagnostic. Alteori apar tablorui nesemnificative, care sugerează o suferinţă minoră: algii toracice, articulare, curbatură, viroze respiratorii etc. Cele mai interesante forme, sunt formele atipice, mute sau silenţioase.

Durerea, simptomul cardinal din infarctul miocardic clasic (atroce, retrosternală, cu anxietate, cu iradieri precise, fără răspuns la nitriţi), este rar întâlnită la vârstnic. Absenţa durerii s-ar datora scăderii sensibilităţii, dezvoltării reţelei anastomotice, restrângerii activităţii fizice, sau mascării acesteia de către insuficienţa cardiacă care poate însoţi infarctul.

Aceeaşi explicaţie se poate da absenţei angorului din cardioatia ischemică, sau a claudicaţiei intermitente din arterita aterosclerotică periferică. O modalitate frecventă este debutul prin astenie marcată, chiar adinamia apărută brusc.

Şocul cardiogen, edemul pulmonar acut şi insuficienţa cardiacă, apar frecvent în infarcte miocardice cu debut nedureros. In absenţa durerii, pot apare semne neurologice nespecifice (astenie, ameţeală, scurte pierderi de cunoştinţă, dispneia ca expresie a insuficienţei cardiace).

Alteori infarctul debutează sub forma unui accident vascular cerebral. Când apare, durerea este atipică, are caracter de jenă sau disconfort, alteori este intricată, în special coronaro-osteoarticulară,sau are localizare epigastrică. Mai frecventă decât durerea este dispneea, care de obicei nu este paroxistică.

Se pot întâlni şi infarcte cu simptomatologie cerebrală: confuzie acută, disartrie, agitaţie psihomotorie, vertije şi

chiar comă. Simptomele de împrumut cerebrale, digestive (după mese copioase), sau din teritoriul arterelor periferice, se datoresc insuficienţei circulatorii din teritoriul respectiv. Alteori poate apare un infarct cu debut de insuficienţă renală. Mortalitatea în infarctul miocardic acut la vârstnic, se datoreşte insuficienţei cardiace, rupturii de miocard, blocului A - V, şocului cardiogen şi edemului pulmonar acut. Mortalitatea este mai mare la femei după 60 de ani în special în primele 7 zile.

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Majoritatea femeilor şi bărbaţilor vârstnici, au presiunea sistolică superioară valorii de 160 mm Hg, şi cea diasolică inferioară valorii de 100 mm Hg. De aici s-a impus termenul de tensiunea arterială sistolică. Hipertensiunea la vârstnici creşte la femei cu precădere. La bătrâni se întâlneşte obişnuit hipertensiunea arterială sistolică dar se întâlnesc şi forme esenţiale (sistolo-diastolice). Cu înaintarea în vârstă, creşte frecvenţa hipertensiunii sistolice. Atunci când este prezentă hipertensiunea esenţială (sistolo-diastolică), aceasta arată hipertensivi care au supravieţuit şi au ajuns la vârsta a treia. Hipertensiunea este

principalul factor de risc la vârstnic, crescând incidenţa accidentelor vasculare cerebrale şi coronariene.



HTA esenţială, nu este caracteristică vârstnicului, ia apare în cursul vârstei tinere sau adulte şi evoluează la bătrâni cu unele caractere clinice speciale. Este o hipertensiune sistolo-diastolică, cu o evoluţie mai blândă, cu gravitate moderată. Formele maligne sunt foarte rare. De obicei hipertensiunea se însoţeşte de ateroscleroză.

Hipertensiunea arterială sistolică, este adevărata hipertensiunea geriatrică. Tensiunea arterială diastolică este normală sau puţin crescută. Se asociază leziunilor difuze de arterio-scleroză. Apar frecvent accidente coronariene şi cerebrale. Evoluţia este benignă.

Hipertensiunea arterială secundară sau simptomatică, se întâlneşte extrem de rar la vârstnic. O excepţie o constituie forma mixtă, cu componentă renovasculară (plăci ateromatoase în arterele renale) şi hipertensiunea de origine renală parenchimatoasă (pielonefrita şi glomerulonefrita reprezintă 50% din cazuri).

Simptomatologia la vârstnic a hipertensiunii arteriale, are unele particularităţi:

- uneori se întâlnesc cazuri cu valori tensionale crescute, fără semne clinice

- simptomatologia este de obicei nezgomotoasă.

- apar frecvent simtome nespecifice (cefalee, vertije, palpitaţii, tulburări de vedere, nicturie)

- apar adeseori simptome de suferinţă cardiacă: dispnee de efort, disconfort toracic, palpitaţii, galop.

- la vârstnicii după 70 de ani, apar semne de insuficienţă circulatorie cerebrală: insomnii, agitaţie, dezorientare.

Semnificative sunt: arterele periferice dure şi sinuase, examenul fundului de ochi, calcificările cârjei aortice etc.

Complicaţiile sunt cardiace, cerebrale şi renale, şi ţin de modificările aterosclerotice..

HIPOTENSIUNEA ARTERIALĂ

Prin Hipotensiune arterială se înţelege scăderea presiunii sistolice cu mai mult de 20 mm Hg, în trecerea de la decubit la ortostatism. Frecvenţa creşte cu vârsta.

Nu este o boală, este un sindrom.

Se însoţeşte de astenie psiho fizică, palpitaţii, vertije, sincope, căderi, pierderi de cunoştinţă.

Este datorată tulburărilor de reglare neurohormonale a tensiunii arteriale.

Se descrie o formă idiopatică şi una secundară (arterioscleroza cerebrală, neuropatia diabetică sau etilică).

ARTERITA CU CELULE GIGANTE (ARTERITA TEMPORALĂ SAU ARTERITA HORTON)

Apare la bolnavii vârstnici, după 50 de ani şi obişnuit după 60 de ani. Se localizează la bifurcarea carotidei, la nivelul arterelor extracraniene (artera facială sau temporală). Debutul este insidios prin cefalee, oboseală,anorexie, scădere în greutate, polimialgii reumatice, febră. Caracterul cefaleei este sugestiv: localizare temporară, uni sau bilaterală, cu iradiere în pielea capului şi regiunea occipitală. Alteori apare când bolnavul îşi pune capul pe pernă, când se piaptănă, se spală pe cap sau îşi pune ochelarii. Orice cefalee persistentă, care apare după 50 de ani, trebuie să sugereze şi o Arterită Horton (temporală). Local se poate observa tumefacţia tegumentului regiunii temporale, reliefarea traiectului arterei temporale, care apare sinuos, cu nodozităţi şi eritem şi tumefacţie dureroasă. La parpare apare infiltrarea ţesutului, nodozităţi indurate şi lipsa pulsului. Uneori apare pierderea vederii, alteori dureri la masticaţie. Pot apare şi simptome articulare şi musculare. Se pot întâlni simptome cerebrale, neuropatii periferice, claudicaţie intermitentă. Nota de gravitate o dă involuţia cu evoluţie către demenţă.



Orice febră prelungită la un vârstnic, fără cauză aparentă, trebuie să sugereze şi o arterită temporară. Anemia, hiperleucocitoza şi creşterea vitezei de sedimentare, completează tabloul. Evoluţia este cronică de la câteva luni la doi ani sau mai mult.

PATOLOGIA PSIHONEUROLOGICĂ

TULBURĂRI PSIHICE ŞI NEUROLOGICE ÎN ÎMBĂTRÎNIRE

Acestea sunt grupate în ceea ce s-a numit îmbătrânirea cerebrală. Ele cuprind tulburări nevrotice, psihoze funcţionale, stări confuzionale şi psihoze organice. Morbilitatea psihiatrică a bătrânului, ocupă locul doi în ansablul morbidităţii sale generale după cea cardiovasculară. Creşte în panta acută după 50 de ani, pentru ca după 70 de ani să predomine bolile organice cerebrale, şi accidentele vasculare cerebrale. Tulburările psihice ale vârstnicului cuprind o gamă largă, de la modificări psihice uşoare, marginale, până la entităţi tipice vârstelor înaintate, de tipul psihozelor de involuţie şi demenţelor tardive. Unele au debut anterior, altele debutează la vârste înaintate. Toate sunt cuprinse în conceptul de "îmbătrânire cerebrală". La baza apariţiei acestor tulburări stau unii factori precipitanţi:

- modificări în statutul familiei, care creează situaţii psihotraumatizante: plecarea copiilor din casa părintească,

restrângerea condiţiilor de locuit, părăsirea locuinţei proprii,relaţii nearmonioase între generaţii, stări conflictuale, decesul unuia dintre parteneri, diminuarea veniturilor etc.

- momentul cel mai traumatizant psihic este retragerea din activitatea profesională -pensionarea. Aceasta este mai greu de suportat de către bărbaţi, este un adevărat şoc al pensionării, numită de unii "boală a retragerii" sau "moarte socială". Prin pierderea prestigiului social câştigat după o viaţă de muncă, începe conştientizarea îmbătrânirii şi mai ales teama de moarte.

In patologia neurologică a îmbătrânirii participă atât îmbătrânirea fiziologică cu acumularea progresivă de alterări şi restructurări, uzură şi reparaţie, cât şi modificările de vascularizaţie din procesul de atero-scleroză.

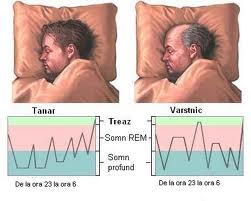
Cele mai importante semne neurologice sunt: mersul cu baza de susţinere mărită, discretă pasticitate, rigiditate, limitarea mişcărilor, tendinţă la abolirea reflexelor, hipotrofia musculară, mişcări spontane involuntare,tremurături, modificări de poziţie, de memorie, limbaj, mimică şi benînţeles modificările organelor de simţ şi ale afectivităţii. în patologia vârstnicului domină demenţele, bolile extrapiramidale şi bolile cardiovasculare.

Bătrânul consultă medicul în special pentru căderi repetate, tulburări de mers, pierderi de cunoştinţă şi vertije.

Cele mai reprezentative tulburări la bătrâni sunt: tulburările de somn, depresiile tardive, sinuciderile, stările confuzionale acute, demenţele, arterioscleroza cerebrală difuză, accidentele ischemice vasculare tranzitorii şi parapareza (paraplegia) senilă.

TULBURĂRILE DE SOMN

Somnul este o funcţie fiziologică mult modificată faţă de adulţi. Bătrânul are o nevoie de somn în medie 6 ore zilnic. Totuşi bătrânul se plânge adesea de insomnie, mai ales femeile. Aceasta explică creşterea consumului de hipnotice. în general somnul nocturn nu este continuu, este fragmentat, cuprinde perioade de treziri, posibilitatea readormirii este greoaie, ziua starea de veghe este întreruptă de perioade de somnolenţă. Există bineînţeles şi factori care tulbură somnul.



Dintre aceştia: adenomul de prostată (cu urini frecvente), refluxul gastroesofagian, reumatisme dureroase, bronşite rebele, insomnia iatrogenă (medicamentoasă), etc. Pentru corecţia somnului sunt preferabile măsurile ne-medicamentoase: culcarea la aceeaşi oră, plimbări scurte în aer liber, masa de seară care va preceda culcarea cu cel puţin 2 ore, evitarea alimentelor greu digerabile, băuturile iritante sau excitante(alcool, cafea, ceai etc), fumatul, vizionarea spectacolelor stressante, discuţiile controversate. întotdeauna suntutile: igiena camerei, baie zilnică, un pahar cu lapte la culcare, un ceai de tei, un măr etc.

DEPRESIILE TARDIVE

Sunt cele mai frecvente afecţiuni psihice întâlnite la vârstnici (15%). Apar în nevroze, boli cerebrale, degenerative, vasculare, endocrine, metabolice, dar şi în psihoze maniaco depresive, melancolia de involuţie sau în formele reactive (traume psihice, stressuri, neadaptare etc). Unii autori disting depresia nevrotică şi depresia psihotică. Ultima are o notă de gravitaţie. întotdeauna depresiile coexistă cu afecţiuni somatice. Bolile cardiovasculare, gastrointestinale, hipertiroidisrnu! etc., se însoţesc şi de stări depresive.



Clinic predomină ideile depresive, ipohondrice şi de negaţie, sentimente de culpabilitate, inutilitate, autoacuzare.

în formele grave apar deliruri, idei de persecuţie, confuzii şi halucinaţii, dezordinea afectivă. Şi după unele medicamente poate apare agravarea stării depresive (tranchilizante, rezerpina, clonidina, propanololul, metildopa).

După fiecare fază depresivă, intervalul liber se scurtează. La apariţia lor, contribuie ca în toate bolile psihice şi factorii psihosociabili. Important este diagnosticul diferenţial între depresie şi demenţe.

SINUCIDERILE

Ca expresie a depresiei sinuciderile la vârstnici sunt frecvente (25 - 35% din totalul sinuciderilor la toate vârstele). Suicidul la vârstnici este mai frecvent decât se crede.

Grupele cu risc crescut sunt:

* persoane vârstnice cu boli cronice trăind în izolare şi lipsuri,
* depresivii,
* cei cu crize emoţionale (moartea partenerului, pierderea legăturilor afective, internarea în unităţi de asistenţă),
* refuzul de adaptare.

O formă particulară o reprezintă bătrânii care pierd dorinţa de a trăi (sinuciderea tăcută).

Cauzele suicidului în ordine:

* izolarea socială,
* pierderea unui rol social,
* încetarea activităţii profesionale,
* întreruperea unui mod de viaţă obişnuit (prin spitalizare de exemplu),



* moartea partenerului conjugal,
* stări de sănătate fizică şi mentală deficitară,
* lipsuri materiale.

Mai frecvent sinuciderile se întâlnesc la bărbaţi.

STĂRILE CONFUZIONALE ACUTE

Se instalează mai mult sau mai puţin brutal şi alterează global conştiinţa, comportamentul mental şi relaţional.



Este o reacţie acută, durează ore sau zile, este reversibilă spontan sau terapeutic. Apar de obicei seara sau noaptea. în apariţia lor intervin:

- factori declanşatori: boli cardiovasculare, metabolice (uremie, hiperglicemie etc), boli infecţioase, respiratorii sau urinare, boli cerebrale (accidente vasculare, traumatisme, tumori etc). Mai intervin şi cauze medicamentoase (iatrogene). De exemplu după administrarea de antidepresive, antiparkinsoniene, neuroleptice, sedative,tranchilizante, hipnotice, corticoizi, aminofilină etc.

- factori psihosociali, care au fost deja prezentaţi anterior.

Semnalul de alarmă este schimbarea bruscă de comportament, apărută în ore sau în zile. Astfel apare obnubilarea conştiinţei (deplasare, concentrare, atenţie), iluzii, halucinaţii, dezorientare etc.

O gravă dificultate diagnostică este demenţa, însă starea confuzională are un debut brutal, evoluează cu perioade de luciditate şi este reversibilă. Demenţa debutează progresiv iar evoluţia este ireversibilă şi tulburarea este de obicei globală,în ce priveşte atitudinea terapeutică faţă de stările confuzionale, familia trebuie lămurită cu răbdare asupra

evoluţiei şi liniştit asupra riscului vital. Se va menţine permanent dialogul cu bolnavul.

DEMENŢELE

Sunt relativ frecvente la vârstnici. Se caracterizează printr-o scădere progresivă şi ireversibilă a activităţii psihice

şi prin modificări organice cerebrale de natură degenerativă sau vasculară (arteriosclerotică). Evoluţia poate fi precipitată de factori psiho-socio culturali (vezi capitolul). Se deosebesc demenţe senile (degenerative), demenţe vasculare (arterioscleroză) şi demenţe mixte. Cauza cea mai frecventă este degenerescenta primară a ţesutului cerebral (boala Alzheimer), în 80% din cazuri.



Date mai noi apreciază că evoluţia demenţelor nu este totdeauna ireversibilă, că există şi opriri în evoluţie, chiar cazuri reversibile. De aceea diagnosticul trebuie stabilit precoce.

Verdictul de demenţă senilă este prea grav pentru a fi stabilit în grabă.

Diagnosticul poate fi presupus în două situaţii:

- degradarea accentuată, brutală chiar, de durată, a unui vârstnic, până atunci activ, declanşată de un factor

favorizant.

- alterarea progresivă, în trepte, a performanţelor intelectuale.

O boală cu evoluţie scurtă şi care nu progresează, exclude diagnosticul de demenţă. Trecutul bolnavului, care prezintă boli metabolice, hipertiroidie, tratamente cu droguri psihotrope, boli cardiovasculare, renale, carenţe vitaminice etc., de asemenea pot exclude demenţa. Cea mai gravă confuzie este cu stări pseudodemenţiale (depresia, confuzia acută şi stările delirante).

Tulburările globale de memorie, orientarea în timp şi spaţiu, tulburările de exprimare şi înţelegere, de limbaj, recunoaştere,comportament, judecată şi atenţie, evoluţia lentă, pledează pentru demenţă. După cum s-a menţionat se deosebesc demenţe senile, degenerative, (boala Alzheiner), care poate fi presenilă (înainte de 65 de ani) şi senilă (după 65 de ani) şi demenţe vasculare (ischemice) mai puţin frecvente (1 la 3). Formele combinate sunt formelemixte.

ARTERIOSCLEROZĂ CEREBRALĂ DIFUZĂ

Se descriu tablouri clinice caracteristice, după acumularea leziunilor în anumite zone ale creierului:

* pseudoneurastenia arteriosclerotică (cu semne psihice numeroase şi semne neurologice şterse),
* sindroame pseudobulbare (lacunarismul cerebral),
* sindroame parkin-soniene arteriosclerotice şi
* demenţe arteriosclerotice.

Aceste tulburări se datoresc unor multiple microleziuni (microramolismente), vasculocerebrale. Ele se instalează în timp, insidios şi sunt în general asimptomatice mult timp. Se datoresc hipertensiunii arteriale şi arteriosclerozei, care se influenţează

reciproc.

Pseudoneurastenia arteriosclerotică, este manifestarea clinică iniţială a insuficienţei circulatorii cerebrale, rezultat al evoluţiei arteriosclerozei. Rareori apare înainte de 55 -60 de ani. Simptomatologia este predominant de ordin psihic.

Astenia psihică şi intelectuală domină în scena clinică. Scade memoria, atenţia şi capacitatea de concentrare.

Tulburările de memorie sunt instabile, trecătoare, apar brusc mai ales cu ocazia unei tensiuni psihice. Amintirea evenimentelor recente este prima alterată. Alt semn frecvent este cefa-leea, nu prea intensă,localizată frontal sau occipital, care apare uneori cu ocazia eforturilor fizice dar mai ales intelectuale (gândirea dureroasă).

Tulburările de somn, tulburările afective (hiperemotivitatea), iritabilitatea, depresia, ipohondria,parestezii, vertije, acufene, completează tabloul, diminua reflexele, apar mici tremurături ale degetelor, în sfârşit apar semne de ateroscleroză aortică, coronariană, retiniana, renală, periferică şi hipertensiunea arterială sistolică.

Sindroamele pseudobulbare, sunt mai frecvente. Apare o dublă hemipareză şi ictusuri repetate. Evoluţia este constant progresivă. Tulburările de vorbire (monotonă, tărăgănată), de deglutiţie (refularea pe nas a alimentelor),faciesul imobil cu gura întredeschisă, cu scurgerea salivei, mersul rigid, lent cu paşi mici, râsul şi plânsul spasmodic apar în mod obişnuit.Deteriorarea psihică este progresivă, apar tulburări sfmcteriene, escare de decubit şi marasm. Bolnavul devine egocentric, rău şi prezintă delir de persecuţie. Viaţa acestor bătrâni în sânul familiei este ideală dar este foarte dificilă. Demenţa aerterioscle-rotică a fost descrisă la capitolul demenţei.

ACCIDENTE VASCULARE ISCHEMICE TRANZITORII

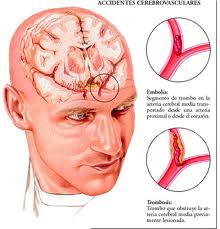
Reprezintă o complicaţie a hipertensiunii arteriale şi a arteriosclerozei cerebrale. Este un accident frecvent la

vârstnic, şi reclamă un diagnostic adeseori retrospectiv. Este relativ benign, apare în jur de 70 de ani şi se întâlneşte cam în 20% din accidentele vasculare cerebrale. Reversibil într-un interval de 24 de ore, are un prognostic imediat bun, dar îndepărtat rezervat.

Debutează brusc, este de obicei minor, fără pierdere de cunoştinţă şi durează câteva minute sau ore. De obicei diagnosticul se pune pe anamneză bolnavului, pe vârstă şi semnele de ateroscleroză cerebrală şi sistemică. Afectează două teritorii cerebrale: carotidian şi vertebro bazilar.

- Când afectează teritoriul carotidian, apare o amauroză fugace, o cecitatea tranzitorie, o hemipareză care prinde şi semifaţa, şi care durează minute sau ore.

- în varianta vertebro bazilară, apare vertij, instabilitate în ortastatism sau mers, tulburări de vedere, de vorbire, de deglutiţie şi chiar tulburări motorii şi senzitive. Pot apare crize de cădere, ictus amnezic tranzitor, agitaţie,dezorientare. Totul revine la normal în câteva ore.



Ambele accidente apar prin îngustarea arterei datorită unui aterom, prin ulcerare sau trombozare. Gravitatea constă în repetare. O variantă este forma progresivă, către extensie. Ictusurile repetate duc la tabloul clinic din arterioscleroza difuză: demenţa arterio-sclerotică, sindromul pseudobulbar etc.

PARAPAREZA (PARAPLEGIA) SENILĂ

Se întâlneşte frecvent în practica geriatrică. Apare lent, progresiv, la un subiect vârstnic, cu astenie, adinamie,până la impotenţa funcţională a membrelor inferioare. Aceasta poate duce la apariţia sindromului de imobilizare. Cauzele specifice vârstnicului sunt vasculare (mielopatia vasculară) şi degenerative, mai rar tumorale, traumatice etc.

Incidenţa este mare, impotenţa funcţională este atribuită de bolnav şi uneori chiar de medic, la început, unui

reumatism cronic.

ASPECTE DE PATOLOGIE GERIATRICĂ DIGESTIVĂ

Procesul de îmbătrânire, de atrofie, afectează şi tubul digestiv. Edentaţia, atrofia glandelor salivare şi a mucoasei

gastrice şi esofagiene, aclorhidria, sunt frecvente. Mai caracteristice sunt tulburările vasculare digestive.

PAROTIDITA SUPURATĂ A BĂTRÂNULUI

Apare la vârstnicul de peste 80 de ani, cu stare gravă,istoric lung, caşexie şi infirmitate. Apar şi stări terminale, mai frecvent la femei. Clinic se exteriorizează ca o tumefacţie pre şi intra auriculară, care deformează figura şi cu semne locale de inflamaţie (eritem şi temperatură), precum şi secreţii purulente în orificiul canalului Stenon.

REFLUXUL GASTRO ESOFAGIAN.

La persoanele vârstnice apar frecvent tulburări de deglutiţie,disfagie, şi regurgitări nazale. Alteori apare pirozis, epigastralgii, cu iradieri în umărul stâng, ceea ce se cheamă pseudo angorul.

Dintre cause clinice menţionăm

* diverticulii esofagieni,
* spasmele esofagiene,
* dar mai ales refluxul gastro esofagian.

Acesta din urmă constă în întoarcerea conţinutului gastric în esofag, din cauza insuficienţei funcţionale a cardiei.

Obezitatea, sarcina, stenoza pilorică cu dilataţie gastrică consecutivă sunt cauze favorizante.

Consecinţa refluxului, este esofagita peptică cu pirozis, regurgitării acide şi vărsături.

PATOLOGIA ISCHEMICĂ DIGESTIVĂ.

Bolile digestive vasculare ischemice sunt destul de frecvente vârstei a treia.

Se datoresc aterosclerozei arterelor viscerale abdominale, au mecanism de producere ischemic(tromboze, infarctizări, embolii), şi. prezintă dureri de tipul claudicaţie intermitentă.

Infarctul mezenteric, este cel mai spectaculos accident. Este o dramă abdominală.

Apare brusc cu semne de abdomen acut, cu durere violentă uneori sincopală, continuă şi tenace, iradiată în întregul abdomen, cu exacerbări paroxistice, rezistenţă la calmante şi agitaţie extremă.

Se poate însoţi de diaree sanghinolectă,vărsături alimentare, bilioase sau sanghinolente, colaps, gangrena intestinală şi peritonită. Pulsul este slab,hipotensiu-nea este obişnuită, iar hiperneucocitoza prezentă. Se datoreşte ocluziei totale prin embolie a arterei mezenterice.

Uneori este precedată de angor intestinal. Apare întotdeauna la vârstnici cu ateroscleroză în diferite

teritorii. Semnele fizice sunt sărace.

Ischemia intestinală cronică, apare la persoane în vârstă de peste 50 - 60 de ani, cu ateroscleroză arterială

mezenterică, cu semne de insuficienţă circulatorie similară, localizării aterosclerozei la inimă, creer sau membrele inferioare. Fluxul sanghin diminuat este suficient pentru prânzuri mici, dar devine insuficient pentru prânzuri abundente.

Durerea apare la 10 - 15 minute după mese şi durează 1-3 ore. Se percepe şi un suflu su-praombilical. Durerea

abdominală este difuză, iar tabloul clinic al anginei abdominale este caracterizat prin crize dureroase abdominale, descrise ca ischemie paroxistică intestinală, claudicatie intermitentă a intestinului, arterită mezenterică etc.

Angina abdominală este manifestarea clinică a ischemiei intestinale cronice. Semnul major este durerea abdominală, care apare postprandial, proporţional cu alimentele ingerate, este localizat în abdominal,epigastric, hipogastric şi nu iradiază în afara ariei abdominale. Uneori durerea este violentă, are caracter de crampă, iar distensia abdominală care o însoţeşte, se asociază cu greţuri şi vărsături, Expresia tulburărilor de tranzit intestinal, apare la bolnavi trecuţi de 50 de ani şi mai adesea de 60, cu semne evidente de ateroscleroză în diferite teritorii. Diagnosticul este de obicei tardiv, iar prognosticul foarte rezervat.

ALTE BOLI DIGESTIVE sunt:

colecistitele şi angiocolitele acute,, ocluziile intestinale (ocluzia colonului descendent de obicei, prin carcinom de colon), volvulusul colic de obicei interesând sigmoidul,cancerul de colon stenozant, ocluzia mezenterică, de obicei depistată necroptic şi colita ischemică.

Aproape toate aceste afecţiuni, apar mai frecvent la vârstnicii obezi. Pot fi originea unui abdomen acut (când diagnosticul se pune de obicei tardiv). Prognosticul este foarte rezervat, iar tabloul clinic este iniţial estompat, şters. Din patologia inflamatoare a peritoneului, mai frecvent se întâlneşte apendicita (letală de obicei la vârstnic), cu evoluţie şi semne atipice, frecvent conducând la peritonită.

Alte cauze de abdomen acut la vârstnici, sunt ulcerele gastroduodenale, hemoragiile prin ruptura arterei epigastrice, fisurarea unui anevrism de aortă.

In toate bolile digestive ale vârstnicului, ca şi în celelalte, modificările psihice dau o coloratură specială şi pot fi un obstacol serios în calea vindecării, conducând adesea la exitus.

INCONTINENŢA ANALĂ, este o infirmitate frecventă, cu repercursiuni grave psihosociale, fiind alături de incontinenţa de urină, escarele de decubit şi de demenţă, una din marile probleme ale îngrijirilor şi asistenţei vârstnicului.

Ea constă în pierdere involuntară a materiilor fecale şi a gazelor prin orificiul anal.

Se asociază de obicei cu incontinenţa de urină şi cu deteriorarea psihică avansată.

Apare în demenţe, accidente vasculare cerebrale, afecţiuni ale măduvei, polinevrite, diabet, abcese rectale, hemoroizi, fisuri anale, cancere recto sicmoidiene şi constipaţia cronică. Cea mai importantă incontinenţă anală este cea neurogenă, în geriatrie.

Aceasta duce la pierderea controlului sfincterian.

DIABETUL ZAHARAT TARDIV

Este o boală metabolică cronică, care are drept cauză principală deficitul absolut sau relativ de insulina şi se

caracterizează prin perturbarea predominantă a metabolismului glucidic, cu hiperglicemie, glicemii pe nemâncate ce depăşesc 120 mg%, prezenţa de glucoza în urină, alături de afectarea şi a celorlalte metabolisme(lipidic şi protidic).

Clinic se deosebeşte:

- Diabetul zaharat de tip I, insulino-dependent, care se echilibrează numai prin tratament cu insulina. Se întâlneşte 15 - 20% din cazuri. Apare la copil (diabetul juvenil), la adolescent, la adultul tânăr dar adeseori şi la vârstnici peste 60 - 65 ani (diabetul senil).

- Diabetul zaharat de tip II, insulino-independent, care apare în genere după 40 de ani, la persoanele obeze. Din această categorie face parte şi diabetul care apare după 65 - 70 de ani, care se datoreşte aterosclerozei vaselor pancreatice. Este cel mai frecvent întâlnit.

La vârstnici, diabetul zaharat este relativ frecvent (4 - 10% din populaţia de peste 65 de ani), apare în special la femei, este mai rar insulino-independent şi de obicei insulino-independent.

Lipseşte caracterul ereditar, domină ateroscleroza pancreatică, debutul este insidios, este descoperit cu prilejul unui episod infecţios intercurent, evoluţia este lentă şi se manifestă prin triada clasică: poliurie, polifagie, polidipsie. Se întâlneşte şi un aşa zis diabet îmbătrânit, diabetul de maturitate, cu debut în jurul vârstei de 40 de ani, care tratat corect evoluează până la bătrâneţe.

Cu înaintare în vârstă, scade toleranţa la glucide, şi se reduc numeric celulele betasecretoare de insulina. Glicemia are valori de peste 130 mg%. Mai recent se admit limite superioare de 150 mg% pe nemâncate şi 200 mg% postprandial.

Câteva caracteristici ale diabetului la vârstnic:

- Frecvenţa mai mare a diabetului latent (40%)

- Hipertiroidismul, favorizează hiperglicemia şi glicozuria.

- Obezitatea este un factor net predispozant.

- Debutul este insidios, iar formele iatrogene (medicamentoase: Nefrix, Cortizon), sunt relativ frecvente.

- Riscul metabolic major este coma hiperosmolară.

- Microangiopatia diabetică, adică interesarea arterelor mici este rară (glomerulo-scleroza, retinopatia diabetică,unele neuropatii).

Predomină macroangiopatia, adică interesarea vaselor mari (cerebrale, coronariene, arterele membrelor inferioare) cu accidente :

- vascularocerebrale, infarct miocardic, insuficienţă cardiacă, arterite periferice.

- Arteriopatia membrelor inferioare, complicaţie frecventă, are o simptomatologie mai frustă. Uneori prezenţa arteriopatiei periferice evidenţiază un diabet ignorat.

Dintre complicaţiile acute, ale diabetului zaharat, cea mai severă este coma hipero- -smolară, neacidocetozică.

Apare la diabetici insulinoindependenţi, trataţi insuficient sau ignoraţi. Poate fi declanşată de lipsa insulinei,diuretice tiazidice, cortizon, hipotermie cu scăderea consumului de glucoza, aport exagerat de glucide, infecţii,deshidratări, neoglu-cogeneză exagerată. Coma este vigilă.

Se descriu două tipuri de manifestări:

- neurologice (hiperreflectivitate, semnul lui Babinski pozitiv, tremurături, convulsii generalizate, incontinenţă deurină)

- semne de deshidratare (piele uscată, limbă prăjită, deglutiţie dificilă, globi oculari hipotomici).

La acest tablou se adaugă hipertensiunea arterială, lipsa mirosului de acetonă prin lipsa corpilor cetonici, şi respiraţiei Kusmaul. Hiperglicemia este foarte mare.

Alte complicaţii sunt:

- Coma diabetică clasică, hiperglicemică, este mai rară.

- Coma hipoglicemică, este frecventă la vârstnic. Hipoglicemia este un pericol real pentru bătrâni, în condiţiile abuzului de sulfamide hipoglicemiante.

- Complicaţii infecţioase, mai frecvent urinare (de obicei la femei), cutanate şi pulmonare.

PATOLOGIA GERIATRICĂ A SÂNGELUI.

La bătrâni apare o deshidratare care influenţează echilibrul hidroelectrolitic intrace-lular, scad proteinele(serinele) şi cresc globulinele şi lipidele. Adeseori apare scăderea flerului din sânge.

ANEMIA, apare frecvent la bătrâni, prin îmbătrânirea hematopoezei. Se dato-reşte deficitului factorilor

eritropoetici necesar formării Hb (Fe, Vitamina B^, Acid folic, proteine, vitamina B).

La apariţia anemiei contribuie mai mulţi factori, ce pot apărea şi după unele medicamente sau malmutriţie. în general este bine tolerată.

Cele mai obişnuite tipuri de anemie care apar la vârstnic sunt:

- anemia feriprivă, mai frecventă Ia femei şi la bărbaţii de peste 60 de ani prin sânge-rări digestive, malmutriţie,neoplasme şi hemopatii maligne, infecţii severe, medicaţie antiinflamatoare şi analgezică (salicilaţi),

- anemia pernicioasă (Biermer), datorită lipsei vitaminei BI2. Este în relaţie mai ales cu tiroidopatiile şi diabetul zaharat. Pot să agraveze o insuficienţă cardiacă preexistentă. Simptomele neurologice sunt mai puţin severe, dar tulburările psihice domină tabloul clinic. Deficitul de acid folie, asociat celui de Fe, are la bază o cauză alimentară.

- anemiile secundare altor îmbolnăviri (anemii nefrogene, din mixedem, hepatopatii cronice, limfoleucoză cronică, disglobulinemii etc). Apar frecvent la vârstnici.

LEUCEMIA LIMFATICĂ CRONICĂ, este cea mai frecventă leucoză întâlnită la bătrâni, în special la bărbaţi.

Tabloul clinic este atenuat.

Apare infecţii repetate, adenopatii generalizate superficiale şi profunde,spenomegalie, limfocitoză. în forma leucemică, leucocitele depăşesc 100 000/mmc, în forma subleucemică 10-30 000/mmc (cu 80% limfocite) şi în forma leucemică, leucocitele ajung la 10 000/mmc, cu 50 - 60% limfocite.

Anemia este frecventă.

ALTE HEMOPATII ÎNTÂLNITE LA BĂTRÂNI:

- gamapatia monoclonală benignă, cu prezenţa de imunoglobuline monoclonale,

- mielomol multiplu (boala Kahler), care este un plasmocitom malign (plasmocitoză medulară, paraproteine, şi leziuni osoase).

- macroglobulinemia Waldenstrom, care apare la persoane de peste 50 de ani de obicei bărbaţi. Boala este malignă, cu proliferare limfoplasmocitară, cu prezenţa de macro-globuline, adenopatii, splenohepatomegalie,anemie, etc.

PATOLOGIA GERODERMATOLOGICA, este de competenţa specialiştilor.

Epidermul senil se subţiază, reînoirea epitelială scade, cicatrizarea plăgilor se face greu. Elasticitatea şi troficitatea pielii diminua.

Apar frecvent dermatoze senile. Se întâlnesc: pruritul senil, purpura senilă, epitelioame şi ulcerul ischemic de presiune (escara) care va fi tratată la alt capitol.

PRURITUL SENIL, apare după 60 de ani, lipsesc leziunile cutanate, se întâlneşte mai frecvent la bătrâni bărbaţi, este foarte rezistent la tratament şi nu are o etiologie cunoscută bine. Suferinţa este chinuitoare,împiedică somnul, se însoţeşte de depresii care pot merge până la suicid. Mai recent se consideră că se însoţesc de prurit, unele anemii feriprive şi boli hepatice, boala Hodgkin, leucozele, poliglobulia, hiper şi hipo tiroidia.

Uneori apare ca manifestare paraneoplazică. Ca adjuvante se administrează, vitamina B2, B6, psihoterapia,loţiuni calmante.

PURPURA SENILA, este un sindrom hemoragie specific vârstnicilor. Apar pete echimotice pe faţa dorsală a mâinilor şi antebraţelor. Apare mai frecvent la femei. Durează câteva săptămâni şi este urmată de macule cafenii persistente. Se mai descriu şi purpure ortostatice, carenţiale, în diabet şi hipertensiunea arterială.

EPITELIOAMELE, pot fi bazo celulare şi spino celulare. Nu constituie obiectul expunerii. Este de domeniul dermatologiei.

ESCARELE (ulcere ischemice de presiune).

PATOLOGIA URINARĂ GERIATRICĂ

Manifestările clinice sunt expresia îmbătrânirii organelor urinare, alterărilor vasculare şi unor cauze cerebrale,psihiatrice şi locale. Patologia este dominată de infecţia urinară, incontinenţa urinară şi hipertrofia de prostată.

INFECŢIILE URINARE, sunt bolile cele mai frecvent întâlnite la persoanele vârstnice (20% dintre femei şi 10% dintre bărbaţi, după 65 ani). Adeseori sunt latente, asimptomatice. O alterare inexplicabilă a stării generale, tulburări digestive sau o febră izolată, la un vârstnic atrag atenţia asupra bolii.

Golirea incompletă a vezicii se poate datora unei vezici neurologice, unui prolaps vezical la femeie, unei hipertrofii de prostată la bărbat. Imobilizarea la pat, deteriorarea psihică şi incontinenţa urinară contribuie la apariţia acestei boli.

Incontinenţa urinară este frecvent însoţită de incontinenţa anală după cum s-a mai spus, fenomen care favorizează infecţia perineului. Contribuie la bătrâni şi scăderea diurezei, a apărării imunitare, diabetul(glicozuria este un mediu de cultură prielnic infecţiilor urmare), concentrarea urinei, prezenţa unei sonde vezicale etc. Escheri-chia coli este cel mai des germen întâlnit în infecţiile urinare la vârstnici. Dintre ceilalţi germeni proteus, Klebsiella, Enterobacter, Pseudomonas şi Enterococul. Ca simptome apar rareori arsuri vezicale, de obicei apare febră, dureri lombare, alterarea stării generale. Urocultura, cu prezenţa a peste 100 000 germeni pe mm, în urina matinală, certifică infecţia urinară. Purtătorii de sonde, prezintă aproape obligatoriu infecţie urinară, de obicei polimicrobiană. Există şi forme asimptomatice.

Tratamentul se face în general trei săptămâni, se repetă urocultura cu antibiogramă şi eventual se reia tratamentul. întotdeauna trebuiesc înlăturate obstacolele care întreţin infecţia.

INCONTINENŢA URINARĂ, este una din marele probleme ale asistenţei ge-riatrice, alături de incontinenţa anală, de imobilizare, escare şi demenţă. Este foarte frecvent întâlnită şi creşte cu înaintarea în vârstă. De obicei la bolnavii aflaţi la domiciliu, incontinenţa urinară se întâlneşte în 10 - 15% din cazuri, în timp ce la bolnavii spitalizaţi se întâlneşte în 30 - 40% din cazuri. La domiciliu este şi mai greu de stabilit deoarece bătrânul sau familia, ascund această suferinţă din pudoare. Examenul prostatei la bărbat şi examenul gynecologic la femei este obligatoriu.

Incontinenţa de urină poate fi:

- de stress, sau de efort, prin pierderea involuntară, după un efort de tuse, râs, strănut etc. Este mai frecventă la femei şi prognosticul este benign.

- tranzitorie. Apare ca reacţie fie la o afecţiune acută (infecţie urmară, pneumonie, febră, stări confuzionale, accidente vasculare cerebrale), fie la o schimbare psihologică (spitalizare, pierderea independenţei etc). Repausul prelungit la pat o favorizează. Alteori apare datorită faptului că unii bătrâni, nu reuşesc să amâne declanşarea voluntară a mic-ţiunii până ce ajung la toaletă.

- incontinenţa definitivă, este de obicei neurogenă şi rareori cauzată de un adenom de prostată sau de o retenţie de urină cu micţiuni prin "prea plin". Alteori poate apare în tabes, diabet cu neuropatie, boală Parkinson etc.

RETENŢIA DE URINĂ. Este o tulburare a micţiunii, frecventă în geriatrie, constând în imposibilitatea eliminării urinii din vezică. Se însoţeşte de glob vezical (dilatarea vezicii urinare). Poate fi acută sau cronică.

Retenţia acută apare brusc şi este pasageră. Dispare după tratament sau sondaj vezical. Retenţia cronică apare la vârstnici, datorită în special hiperfrofiei de prostată. Există şi o formă postoperatorie de competenţa chirurgiei.

Retenţia cronică de urină apare lent şi progresiv, după o perioadă de tulburări de micţiune (Polakiurie – urini frecvente, şi Disurie - usturimi la micţiune). Se poate instala după o fază de retenţie cronică incompletă.

Complicaţia obişnuită este infecţia urinară, care poate favoriza formarea de calculi intraveziculari şi care se poate propaga ascendent la rinichi şi anexe. Pot apare retenţii acute de urină şi în boli infecţioase sau în stări toxice. Tratamentul constă în cateterism evacuator, cu o sondă de tip Foley cu cârje. La femei se poate utiliza şi o sondă metalică sau o sondă Nelaton corect sterilizată şi manevrată. Cateterismul prezintă riscuri importante, de aceea bolnavii trebuiesc investigaţi preventiv. Printre medicamentele care pot perturba micţiunea enumerăm:antico-linergicele, neurolepticele, anxioliticele, antihistaminicile şi chiar unele siropuri de tuse cu atropină.

Sonda "â demeure" (sondă permanentă), trebuie pe cât posibil evitată. Aceasta combate retenţia de urină, dar prezintă mari riscuri. Se poate justifica la bătrâni cu scurtă durată de viaţă (accidente vasculare cerebrale, boala Alzheimer), dacă ameliorează suferinţa. întreţinerea corectă a sondei, previne relativ infecţia urinară şi obstrucţia sondei. Irigaţiile vezicale cu antibacteriene (Neomicină, Polimixină, Methenamină, Nitrofu-razon), au effect temporar. Impregnarea sondei cu antibiotice nu diminua riscul infecţiilor.

PROSTATA LA BĂTRÂNI. Adenomul de prostată afectează aproape totalitatea bolnavilor vârstnici.

Diagnosticul se pune însă de obicei tardiv, medicul fiind consultat în stadii avansate. Micţiunile frecvente (polakiuria, disuria, nicturia), sunt semnele principale. Anxietatea este prezentă în special în caz de retenţie de urină. Lentoarea jetului este semnificativă. Singurul tratament corect este cura chirurgicală, pe care mulţi pacienţi o evită. Complicaţiile cele mai frecvente sunt: infecţia urinară, retenţia de urină şi incontinenţa urinară.

DESHIDRATAREA

în practica asistenţei vârstnicului, deshidratările se întâlnesc adeseori, sunt depistate tardiv, evoluează sever şi se însoţesc de numeroase complicaţii şi stări neurologice. îmbătrânirea se însoţeşte obişnuit de tulburări hidroelectrolitice, cu pierderi de apă şi implicit deshidratare. Bătrânii simt mai puţin senzaţia de sete.

Simptomatologia deshidratării simple constă în uscarea tegumentelor, prăjirea limbii, senzaţie de sete, apatie, depresie, disfagie, hipotensiune ortostatică, căderi, comă, oligurie şi urini concentrate. Tulburările expuse favorizează trombozele, în special cele cerebrale şi coronariene. Depleţia hidrică se însoţeşte şi de depleţie hidroelectrolitică, cu pierderi mari de Na. Deshidratarea apare în special în sezonul călduros, în stări febrile cu transpiraţii abundente.

ASPECTE CARACTERISTICE DE GEROPATOLOGIE A APARATULUI LOCOMOTOR

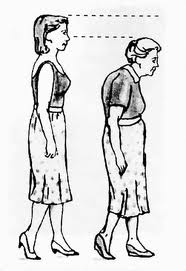
Procesul de îmbătrânire afectează dominant osul şi articulaţiile. Se vorbeşte de o îmbătrânire artropatic mezenchimală. Aceasta este favorizată de imobilizare prelungită, de tulburări circulatorii, corticoterapie şi barbiturice. Caracteristică este osteoporoza şi fractura proximală a femurului. Artrozele apar aproape întotdeauna. Cifoza dorsală şi hiper-lordoza cervicală sunt modificări de postură specifice vârstnicului.

OSTEOPOROZA DE INVOLUŢIE. Face parte dintre bolile care afectează în grade diferite cu mult mai mult oamenii în vârstă. La vârstele foarte înaintate ea devine mai severă şi mai frecventă (în special la femei).

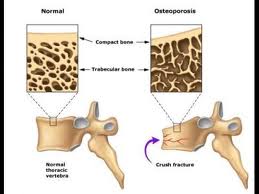
Ca orice ţesut viu, scheletul osos suferă un proces de îmbătrânire. între anumite limite osteoporoza poate fi considerată fiziologică.



Când apar fracturi şi tulburări posturale (deformaţii invalidante), se vorbeşte despre osteoporoza boală. Femeile sunt afectate mai precoce, mai frecvent şi mai sever.



Cazurile de osteoporoză cresc cu vârsta. Contribuie şi alţi factori etiologici. Un factor important este cel hormonal (la femei scăderea nivelului estrogenic, postmenopauză, la bărbaţi scăderea funcţiei testiculare). Alt factor este restrângerea activităţii fizice, firească la bătrâni. Când se instalează sindromul de imobilizare, substanţa osoasă diminua rapid şi apar fracturi şi alte complicaţii. Contribuie şi factorii nutriţionali: carenţe proteice, calorice, vitaminice. în sfârşit un rol important îl deţin tulburările circulatorii. Osteoporoza este o atrofie osoasă, afectând egal cele două componente ale osului (substanţa organică şi cea minerală). Diagnosticul este întotdeauna tardiv.



Complicaţiile cele mai grave sunt fracturile. între 50 şi 60 de ani, predomină fractura încheieturii mâinii, în jurul vârstei de 70 de ani,fractura vertebrelor, iar după 70 de ani, fractura de col femural.



Dacă factorul vârstă nu poate fi influenţat se poate acţiona asupra activităţii fizice, asupra funcţiei hormonale (hormon estrogeni - progestativi), asupra tulburărilor de nutriţie şi a celor circulatorii. Se poate conchide că limitarea osteoporozei se poate realiza prin exerciţii fizice, calciu, vitamine, lactate. Evitarea imobilizării prelungite după fracturi şi mobilizarea precoce reprezintă un act terapeutic important. Când osteoporoza este clinic manifestată, osul a pierdut într-o proporţie de 50% substanţele sale componente. în această fază se prescrie estrogeni, calciu (1000 mg/zi cel puţin), care însă prezintă riscul calcifierii arteriale şi renale. Se administrează şi vitamina D. Mai recent se prescrie calci-tonina, care inhibă liza osoasă, anabolizante şi în special florura de sodiu şi bifosfonaţii.

FRACTURILE EXTREMITĂŢII SUPERIOARE A FEMURULUI. Se întâlnesc la orice vârstă.

La tineri şi adulţi însă sunt rare şi legate de cauze accidentale. La vârstnici sunt accidente obişnuite cu prognostic foarte grav, cu mare invaliditate şi mortalitate crescută.



Organismul vârstnic întruneşte numeroase condiţii care pot duce la osteoporoză şi fractură.

Dintre acestea:

* lipsa de expunere la soare cu scăderea vitaminei D,
* regimuri hipolipidice, recomandate obişnuit vârstnicului,
* prezenţa unor boli demineralizante (mielom, metastaze osoase,diabet, boli imobilizante etc),
* restrângerea activităţii fizice,
* vertije şi tuburări de echilibru,
* afecţiuni neurologice
* psihice cu risc de cădere, şi lipotimii,
* diferite infirmităţi,
* hipertensiune,
* diabet,
* artroze,
* sedative supradozate

Demenţele şi hemiplegiile sunt în special expuse la fracturi de col femural. Prevenirea rămâne şi aici arma cea mai eficace,în fractura de col femural, intervenţia terapeutică include: prevenirea, tratamentul curativ de regulă chirurgical şi reeducarea. Prevenirea fracturii presupune tratamentul corect al tuturor suferinţelor vârstnicului, pentru prevenirea căderilor, educaţia alimentară cu aport vitaminocalcic (1 g Ca, 1000 u.i vitamina D2 pe zi) şi raţie protidică suficientă, şi educaţia fizică (Exerciţii fizice şi combaterea imobilizării), pentru prevenirea osteoporozei.'

Când fractura de col femural a apărut, intervine chirurgia ortopedică (intervenţie chirurgicală, cismă ghipsată anti rotatorie în vederea consolidării).

Urmează reeducarea, pentru aducerea bolnavului în starea motorie anterioară.

Scop propus dar greu de atins, întotdeauna apare riscul patologiei şi complicaţiilor de imobolizare, care grăbesc degradarea fizică a bolnavului, cu complicaţii psihice şi somatice care duc la exitus. Pot apare stări confuzionale, tulburări de comportament (agresivitate, negativism, necooperare, depresie, anxietate).

Adeseori apar complicaţii cardiovasculare: (accidente vasculare cerebrale, tulburări de ritm şi conducere, insuficienţă cardiacă), boli infecţioase, infecţii urinare, incontinenţă, suprainfecţii bronhopulmonare, tromboembolii, escare de decubit.

îngrijirile precoce şi reeducarea deţin un' rol foarte important. Aici intervine rolul asistentei medicale.

CĂDERILE

O situaţie clinică frecventă şi particulară vârstnicului, o constituie aşa zisele "căderi". Frecvenţa, etiologia multifactorială, complicaţiile, consecinţele psihosociale şi mortalitatea, constituie nota lor de gravitate. Ele pot merge de la restabilire completă, la sechele invalidante cu imobilizare definitivă. Căderile pot fi unice (accident vascular cerebral, infarct miocardic), sau repetate. Sunt mai frecvente la femei. Apar de obicei după 65 de ani, la persoane trăind singure, şi având boli cronice. Unele medicamente contribuie cu certitudine (narcotice, hipnotice, sedative, tranchilizante, psihotrope).

Un rol important îl deţine alcoolul, diureticele, digitalicele, hipotensivele, unele betablocante. Senescenţa funcţiilor care asigură postura şi echilibrul, şi diferite boli deţin un rol determinant.

Contribuie şi alţi factori:bătrâni care refuză să înţeleagă scăderea posibilităţilor de deplasare, de restrângerea activităţii, la vârste care favorizează căderea prin pierderea antrenamentului şi siguranţei mişcărilor. Se descriu mai multe variante: căderi fatale, pierderea echilibrului, datorită vârstei înaintate şi unor medicamente, împiedicări şi alunecări, împleticeală, clătinarea pe picioare datorită nesiguranţei paşilor, înclinarea, ameţeala sau vertijul, lipotimia (pierderea tranzitorie a cunoştinţei), vertijul posutral (la schimbarea poziţiei).

Mulţi pacienţi bătrâni au tendinţa de a minimaliza căderile de a le atribui unor faeton externi, de teama unor cauze mai severe. Cadrul clinic cel mai important al căderilor este patologia cardiovasculară, cerebrovasculară, neurologică şi locomotorie. Tulburările de ritm şi conducere, angorul sincopai, emboliile pulmonare sau ale arterelor cerebrale, ateroscleroza sistemului carotidian, valvulopatiile, tratamentul cu anticoagulante, hipotensiunea ortostatică, sindromul pseudobulbar, epilepsia, insuficienţa circulatorie vertebro bazilară,hipoglicemiile, anemiile, afecţiunile neuro şi loco motorii, reprezintă cele mai importante cauze morbide.

Psihosocial, căderile reprezintă pentru vâTstnic ia eveniment grav (semnal de incertitudine în viitor, teama de o nouă cădere sau de moarte). S-a descris chiar o boală a căderilor.

Prevenirea căderilor vizează, supravegherea vârstnicului, informarea corectă asupia acestei posibilităţi, eliminarea factorilor iatrogeni (medicamentoşi), stabilirea spaţiului de deplasare (fără scări şi cu iluminare corespunzătoare), încălţăminte potrivită şi educarea mersului.

SINDROMUL DE IMOBILIZARE

Este un tablou clinic specific geriatrie. Este în raport cu polipatologia vârstnicului şi cu caracteristicele procesului de involuţie.

Factorii etiologici:

- factori favorizanţi: vârsta, terenul neuropsihic (anxietate, depresie etc), conduita necorespunzătoare anturajului familial etc.

- factori determinanţi: afecţiuni grave, severe, invalidante, afecţiuni psihice, imobilizarea autoimpusă prin teamă de accidente, factori iatrogeni (polipragmazie psihotropă), sindrom de inadaptare, refugiul în boală etc.

Trecerea de la imobilizare la invaliditate se caracterizează prin simptome psihice, somatice şi metabolice.

- simptome psihice: anxietate, depresie, dezorientare, dezinteres, negativism, mutism, plâns, insomnie, stări revendicative.

- simptome somatice: atrofie musculară, limitarea mobilizării cU retracţii musculare şi redori articulare, dureri dar mai ales leziuni cutanate (ulcerele de presiune - escare, care pot apare în unele cazuri în câteva ore), complicaţii urinare, tulburări circulatorii, consti-paţie, embolii pulmonare, infecţii pulmonare de decubit etc.

- semne metabolice: demineralizare osoasă, osteoporoză, calcuri urinari. Tratamentul preventiv, este esenţial. Cu răbdare şi sistematic se poate ajunge la evitarea imobilizării prelungite sau definitiv\*. Acesta presupune conservarea activităţii cotidiene, cu autonomie, Kineziterapie, şi Ergoterapie de susţinere, tratamentul bolilor cauzale, ergoterapie de funcţie (sprijinirea pentru gesturi cotidiene obişnuite ca: toaletă, alimentaţie etc.), psihoterapie, căldură şi protecţie din partea anturajului.

CRIZELE DE ADAPTARE

Sunt legate de schimbarea mediului (pensionare, mediul locuibil, mediul de viaţă etc). Cele mai importante cauze sunt determinate de internarea într-un spital sau într-o unitate de asistenţă socială. In această eventualitate apare un sindrom de inadaptare sever, în care sinuciderile sunt frecvente. Apar neliniştea, agitaţia, crizele confuzionale, urmate de deteriorarea psihică şi somatică. Frecvent apar escare cu evoluţie rapidă.

35% dintre bolnavi resimt momentul internării fără modificări notabile, iar 65% reacţionează negativ, stresant, cu caracter de abandon, cu sentiment de incurabilitate, de sfârşitul existenţei. în linii mari crizele de adaptare se caracterizează prin:

- simptome psihice: anxietate, insomnie, depresie, agitaţie, negativism, fobii

- modificări de nutriţie: scădere în greutate (bolnavul "se topeşte" văzând cu ochii), adinamie, escare prin imobilizare.

- tulburări cardiovasculare, care apar cu bruscheţe

- modificări în sfera circulaţiei cerebrale

Tulburările apar mai ales la cei cu afecţiuni cronice, la bolnavii cu nivel social şi cultural mai ridicat – la intelectuali. Contribuie şi informarea greşită asupra spitalizării, noţiunea de "azil", modul de primire, insuficienţa asistenţei, dotării etc.

Prevenirea este laborioasă, dificilă şi discutabilă. Aceasta presupune pregătirea bolnavului, tranchilizante în perioada premergătoare, primirea cu căldură, vizitarea de către familie, supraveghere specială.