

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor

More frequent digestive conditions in the elderly

MsC. Odalys María Álvarez Guerra,¹ MsC. Beatriz Ulloa Arias,² MsC. Jesús Fernández Duharte,² MsC. Teresa Castellanos Carmenatte³ y MsC. José E. González de la Paz⁴

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesora Asistente. Policlínico "Néstor López Cuba", municipio Julio Antonio Mella, Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor e Investigador Agregado. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Policlínico "Luis Carrión", San Luis, Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina Hiperbárica y de II Grado en Medicina General Integral Militar. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente e Investigador Agregado. Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

Resumen

El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que padecen los ancianos de ambos sexos, figuran entre los objetivos priorizados en los programas ramales del Ministerio de Salud Pública cubano. Teniendo en cuenta que las modificaciones fisiológicas características del envejecimiento generan trastornos de la ingestión, digestión y absorción de los alimentos, se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema para actualizar a los profesionales sanitarios sobre las afecciones que suelen presentarse en etapas avanzadas de la vida, entre las cuales sobresalen las digestivas, por lo cual deben ser muy específicas las decisiones médicas relacionadas con la detección, el control o la eliminación de esos procesos morbosos.

Palabras clave: ancianos, enfermedades digestivas, decisiones médicas, gastroenterología

Abstract

The diagnosis and treatment of those conditions that the elderly suffer from are included among the goals prioritized in branch programs of the Cuban Ministry of Public Health. Taking into account that physiological modifications typical of the aging lead to food uptake, digestion and absorption conditions, a literature survey on the topic was carried out in order that the health professionals are updated on conditions that are usual in advanced stages of life, among which the digestive conditions are

found. Therefore, medical decisions regarding the detection, control or elimination of those morbid processes should be very specific.

Key words: the elderly, digestive conditions, medical decisions, gastroenterology

INTRODUCCIÓN

Nuestro tiempo se ha caracterizado por el aumento cada vez mayor de la esperanza de vida debido al rápido crecimiento, ya sea absoluto o relativo, de las personas de la tercera edad y de la proporción de habitantes muy ancianos. En 1990, el director de la Organización Mundial de la Salud planteó que los problemas vinculados al envejecimiento de la población mundial constituyen una prioridad.^{1,2}

En Cuba, existe un predominio del sexo femenino en todos los grupos de edades, lo cual está relacionado con la mayor expectativa de vida de las mujeres, pero no ocurre lo mismo con el sexo masculino donde hay una sobremortalidad.³

Al valorar el respeto al adulto mayor se deben de tener en cuenta las características de cada grupo de ancianos, así como las violaciones de sus costumbres que no son comprendidas por los jóvenes, lo que trae aparejado conflictos morales que cobran gran importancia al tener en cuenta las particularidades psicológicas de cada anciano.^{4,5}

El aporte económico a la familia influye en la estima que posee el individuo por los demás componentes del núcleo, pues al tener un ingreso independiente se reafirma la posición del anciano en el hogar, donde su actividad laboral no solo mejora su condición económica, sino su estado de ánimo. Un adecuado funcionamiento familiar facilitará al anciano ocupar su lugar con dignidad dentro del seno de su familia, así como estar presente en cada actividad que se realiza, elemento importante para que no se sienta ajeno.⁶

Durante el proceso de envejecer, el aparato digestivo, como cualquier otro del organismo, experimenta modificaciones derivadas tanto del propio uso por el paso del tiempo, como de las enfermedades y mutilaciones quirúrgicas acumuladas durante la vida o de los condicionantes ambientales y factores de riesgo a que el individuo ha estado expuesto (ambiente).

Como las pérdidas derivadas del proceso de envejecer afectan en mayor o menor medida a todo el organismo, las posibilidades de claudicación simultánea de otros órganos o sistemas van a ser también más altas, por tal razón el diagnóstico en un anciano con manifestaciones digestivas requiere de una evaluación exhaustiva que permita sentar las bases para una actuación terapéutica correcta.⁷

DESARROLLO

Las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento que traen consigo trastornos de la ingestión, digestión y absorción de los alimentos ocasionan frecuentemente las siguientes afecciones digestivas.⁷⁻¹⁰

DISFUNCIÓN GUSTATIVA

Las células quimiorreceptoras para la sensación gustativa están rodeadas por una red de fibras nerviosas y se organizan en papilas, distribuidas por la cavidad bucal, especialmente en el dorso lingual.

Dentro de las causas más frecuentes de disfunción gustativa se pueden citar:

- a) Los procesos que condicionan una alteración de la saliva (en el período de senescencia existe un descenso en la secreción salival y se inhiben las funciones estimulantes de los receptores del gusto, de lubricación, digestiva, bactericida, entre otras).
- b) La lesión directa de los receptores papilares se origina de alteraciones gustativas (se puede producir en pacientes de edad avanzada ante estados de malnutrición y determinados por factores socioeconómicos que limitan la variedad y calidad de los alimentos digeridos).

DISPEPSIA FUNCIONAL

Condición clínica caracterizada por la ocurrencia de síntomas atribuibles a los segmentos más proximales del tracto gastrointestinal, en pacientes que no presentan evidencia de enfermedad orgánica del tubo digestivo, después de adecuados exámenes endoscópicos, ultrasonográficos, bioquímicos, hematológicos y microbiológicos.^{11, 12}

Su agente causal se debe fundamentalmente a los siguientes mecanismos:

- Anormalidades de la motilidad gastrointestinal (con la edad, en el aparato digestivo hay enlentecimiento de la motilidad gastrointestinal y descenso en la secreción y velocidad de vaciado gástrico).
- Aumento de la sensibilidad visceral a los estímulos provenientes de la luz del tubo digestivo (la declinación de la relación entre los órganos y sistemas ocasiona, durante el envejecimiento, una disminución consecuente del flujo esplácnico con vista a no afectar otras áreas de riesgo).
- Anomalías en la esfera psicoemocional (en la edad senil la declinación psíquica restringe los contactos humanos, lo cual significa apatía, depresión y anorexia)

MALABSORCIÓN INTESTINAL

Se caracteriza por una absorción inadecuada de nutrientes desde el intestino hasta su incorporación al torrente circulatorio o a la linfa. Se considera que hay malabsorción cuando existen determinadas alteraciones en el interior del intestino, en su pared o en el transporte linfático.

Manifestaciones clínicas: diarrea, esteatorrea, pérdida notable de peso, anemia y desnutrición, derivadas del trastorno en la absorción de varios nutrientes, como grasas, proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales. Básicamente la malabsorción es la consecuencia de la alteración de las siguientes funciones o, al menos, una de ellas.¹³⁻¹⁵

- a) Digestión intraluminal: en las personas de edad avanzada se altera la absorción intestinal, sin llegar a la malabsorción con esteatorrea, lo cual parece estar relacionado con una isquemia del intestino delgado, ya que la esteatorrea es más frecuente en los ancianos que han padecido ictus cerebral o infarto del miocardio.

- b) Digestión terminal: La pared mucosa intestinal tiene un borde en cepillo donde se produce la hidrólisis de hidratos de carbono. La destrucción de este puede producir problemas de malabsorción. Con el envejecimiento disminuye el nivel de secreción enzimática necesaria para una función digestiva adecuada.
- c) Transporte transepitelial o fase absortiva: El envejecimiento trae consigo adelgazamiento y reducción de la superficie absortiva en el intestino delgado, con la consecuente disminución de la absorción de agua, hierro, vitamina D y calcio. A veces se puede observar intolerancia al gluten (enfermedad celíaca) o a la lactosa.
- d) Transporte linfático: Los trastornos circulatorios propios del envejecimiento afectan en alguna medida la circulación linfática.

ALTERACIONES METABÓLICAS DEL HÍGADO

El hígado es el órgano principal encargado de la biotransformación de los fármacos, sintetiza proteínas que transportan medicamentos en la sangre, mantiene la presión osmótica del líquido extracelular y sintetiza otras moléculas activas, como diversos factores de la coagulación. El envejecimiento de este provoca los siguientes cambios: ^{13, 16}

- Disminución del tamaño del órgano, así como del flujo sanguíneo con redistribución del flujo sanguíneo regional
- Reducción en la actividad de las enzimas microsómicas hepáticas y de sus funciones metabólicas (aclaración de bromosulfaleína, oxidación microsómica, desmetilación y actividad de la superóxido-dismutasa).
- Disminución de la síntesis proteica, con reducción de la albúmina plasmática y de la vitamina k.

INCONTINENCIA FECAL

La continencia fecal es el resultado de la existencia de una serie de barreras para controlar la evacuación de las heces. Dichas barreras son reversibles y, al desaparecer, permiten la defecación. La continencia fecal incluye los siguientes mecanismos: llegada del contenido fecal al recto, distensión y acomodación rectal, respuesta del esfínter anal interno, sensación rectal y pélvica, además de la respuesta del músculo esquelético. Las heces se retienen habitualmente en el colon sigmoideo y se presentan en el recto solo de forma intermitente. La acomodación rectal a la distensión depende del sistema nervioso intrínseco y de su propia musculatura lisa. ¹⁷

El esfínter anal interno es el principal responsable de mantener la posición de reposo en el conducto anal; su hipotonía se ha relacionado con la aparición de incontinencia fecal en ciertos grupos de pacientes, como en diabéticos, después de efectuadas dilataciones anales, en la senectud y en algunos individuos que presentan incontinencia neurogénica o idiopática. ^{17,18}

DIVERTICULOSIS INTESTINAL Y COLÓNICA

La diverticulosis intestinal y colónica es poco común antes de los 40 años y se incrementa con la edad, desde 5 % en la quinta década de la vida, hasta 50 % en la novena. Cerca de 80 % de quienes la padecen están asintomáticos; esta se diagnostica mediante una exploración de colon (radiográfica o endoscópica), al intentar conocer la causa de las molestias abdominales. ¹⁴

El síntoma principal es el dolor abdominal continuo o intermitente, por lo general poco intenso y localizado sobre todo en la fosa ilíaca izquierda. Suele aliviarse con la evacuación o expulsión de gases o ambos y empeorar después de la ingestión de alimentos. En ocasiones la enfermedad diverticular del colon evoluciona con dolor intenso que dura desde unas horas hasta varios días y clínicamente es difícil de diferenciar de la diverticulitis aguda. Los pacientes pueden presentar, además, variación en el ritmo de las deposiciones (estreñimiento o diarrea o ambos), distensión abdominal, tenesmo rectal y expulsión de moco con las heces.^{14,19}

La localización colónica de los divertículos es la más frecuente de todo el tubo digestivo, pues estos aparecen en la zona comprendida entre la tenia muscular longitudinal mesentérica y las dos tenias antimesentéricas, junto con los pequeños vasos arteriolares, lo cual explica la patogenia de la hemorragia diverticular, sin diverticulitis. Se estima que 95 % de los divertículos de colon se localizan en el sigmoide. Con el paso de los años, los divertículos aumentan en número y tamaño, pero es poco frecuente que se extiendan a otras zonas del colon.¹⁹

Existen dos formas de diverticulosis: las asociadas con colon espástico y engrosamiento de las capas musculares y las que no presentan espasticidad del colon ni engrosamiento muscular. En la exploración física es frecuente palpar el colon izquierdo como una masa alargada, de consistencia elástica y dolorosa (cuerda cólica).^{15, 20}

ESTREÑIMIENTO

Este es un síntoma causado por numerosas enfermedades y otras circunstancias, caracterizado por su complejidad patogénica y fisiopatológica. Los ancianos son los más afectados por el estreñimiento, con una prevalencia del 23 y de 42 % en hombres y mujeres mayores de 60 años, respectivamente.²⁰

La evaluación diagnóstica en estos pacientes debe excluir, mediante las exploraciones pertinentes, las causas orgánicas locales (sobre todo el cáncer colorrectal) o las sistémicas, capaces de alterar el ritmo defecatorio; también es preciso revisar las condiciones higiénico-dietéticas, la ingestión de fármacos, así como también las condiciones familiares y sociosanitarias.²¹

Una vez descartadas las posibles causas del estreñimiento, se analizarán las condiciones fisiopatológicas del transporte colónico y la evacuación rectal, los cuales pueden dividirse en dos grandes grupos, según técnicas imagenológicas:

1. Por alteraciones en la progresión colónica del contenido fecal (estreñimiento de tránsito).
2. Por trastornos en la evacuación rectal (estreñimiento distal o por obstrucción funcional del tracto de salida). En este último se incluye el estreñimiento de los ancianos, cuya manifestación clínica fundamental es el estreñimiento acompañado de impactación por fecalomas y la falsa incontinencia por rebosamiento.

En estos pacientes, el hábito defecatorio se caracteriza por deposiciones infrecuentes, heces de gran consistencia, impactación frecuente y escapes involuntarios por rebosamiento. Son múltiples las vías patogénicas que motivan esta situación:¹⁶

- Dieta inadecuada (escasa cantidad de fibra y de agua).
- Estado psíquico (depresión, demencia, entre otros).
- Administración de gran número de fármacos (antiácidos, antidepresivos, antagonistas del calcio).

- Padecimiento frecuente de enfermedades digestivas y extradigestivas que pueden deteriorar el hábito defecatorio.
- Inmovilidad en muchos pacientes.
- Dificultad en el acceso a los lavados en algunas viviendas.
- Desatención por parte de familiares o instituciones.

La mayor complicación del estreñimiento en estos casos es la impactación fecal, casi siempre acompañada de incontinencia, lo cual puede ocasionar obstrucción intestinal.^{17, 20, 21}

El tratamiento de la impactación fecal se realiza mediante extracción digital, si es posible, o mediante reiterados enemas de limpieza con soluciones salinas; en algunos pacientes puede ser necesario administrar soluciones de polietilenglicol por vía oral o por sonda nasogástrica para el lavado del colon.

Después de lograr la desimpactación y la desaparición del fecaloma se debe indicar una dieta rica en residuos vegetales e incluso suplementada con fibra, ingestión abundante de líquidos y medidas higiénicas generales (ejercicio físico, defecación con horario fijo, entre otras). Puede ser necesaria la administración de laxantes (del tipo de la lactulosa), así como enemas de limpieza cada 5-6 semanas, sobre todo en ancianos con impactación fecal recurrente.^{17, 18, 21}

CONCLUSIONES

Las afecciones digestivas son muy frecuentes en el adulto mayor, por lo cual su diagnóstico requiere de una evaluación exhaustiva que permita sentar las bases para una actuación terapéutica correcta. En función de ello, hay que individualizar al máximo las decisiones, y siempre tener en cuenta las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento que traen consigo la aparición de trastornos de la ingestión, digestión y absorción de los alimentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la salud. Conferencia Interamericana. Sociedad, violencia y salud. Washington, DC: OPS, 1994:7.
2. Gómez M, Machin MJ, Roque K, Hernández G. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17 (5):468-72.
3. Luo M, Fernández-Estívariz C, Manatunga AK, Bazargan N, Gu LH, Jones DP, et al. Are plasma citrulline and glutamine biomarkers of intestinal absorptive function in patients with short bowel syndrome? J Parenteral Enteral Nutr 2007; 31(1):1-7.
4. Casellas Jordá F. Estrategias clínicas en digestivo. Protocolos. Diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal <http://www.prous.com/digest/protocolos/view_protocolo.asp?id_protocolo=3> [consulta: 6 diciembre 2008].
5. Quinn MJ. Undue influence and elder abuse recognition and intervention strategies. Geriatr Nurs 2008; 23(8):11.
6. Astobory J, Atkison J, Doke JE, Eastedal PL, Kurrle SE, Tait RR. The impact of domestic violence on individuals. Med Aust 2008; 173(8):427-37.

7. Montero Fernández N, Rivera Casado JM. Manifestaciones digestivas en el anciano <<http://www.sepd.es/uploads/biblioteca/105/47.pdf>> [consulta: 6 diciembre 2008].
8. Wolf A, Pohlandt F. Bacterial infection: the main cause of acute cholestasis in newborn infants receiving short-term PN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 8:297-303.
9. Mercy JL, Rosenberg ML, Powel KE, Proeme EU. Public Health Policy for preventing violence. *Health Att* 2009; 12(4):233-45.
10. Síndrome de malabsorción intestinal <<http://www.cepvi.com/medicina/enfermedades/malabsorcion.shtml>> [consulta: 6 diciembre 2008].
11. Alteraciones en la digestión y absorción <http://www.pfizer.es/salud/enfermedades/pruebas_diagnosticas/alteraciones_digestion_absorcion.html> [consulta: 6 diciembre 2008].
12. Vario E. La percepción social y la construcción de la violencia. Montevideo: Editorial Córdova, 2009:19.
13. Dibaise JK, Young RJ, Vanderhoof JA. Enteric microbial flora, bacterial overgrowth. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 4:11-20.
14. O'Keefe SJ. Bacterial overgrowth and liver complications. Failure patients. *Gastroenterology* 2008; 130:67-9.
15. Fried M, Siegrist H, Frei R. Duodenal bacterial overgrowth during treatment in outpatients with omeprazole. *Gut* 2008; 35:23-6.
16. Matarese LE, Seidner DL, Steiger E. The role of probiotics in gastrointestinal disease. *Nutr Clin Pract* 2008; 18:507-16.
17. Quigley MM, Quera R. Small intestinal bacterial overgrowth: roles of antibiotics, prebiotics and probiotics. *Gastroenterology* 2008; 130:78-90.
18. Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2006; 32(2):423.
19. Enfermedades diarreicas agudas: complicaciones que pueden evitarse <http://www.venceremos.cu/pags/varias/salud/enfermedades_diarreicas_3024288.htm> [consulta: 10 diciembre 2009].
20. Enfermedades del aparato digestivo <<http://www.botanical-online.com/medicinalsdigestiu1.htm>> [consulta: 10 diciembre 2009].
21. González Rodríguez AM, Palma López ME. Principales causas de morbilidad en el adulto mayor. *Rev Haban Cienc Méd* 2008; 7(2) <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_2/rhcm08208.htm> [consulta: 10 diciembre 2009].

MEDISAN 2010; 14(4):518

Recibido: 22 de diciembre de 2009

Aprobado: 20 de enero de 2010

MSc. Odalys María Álvarez Guerra. Policlínico "Néstor López Cuba", calle 5ta, No. 16, municipio Julio Antonio Mella, Santiago de Cuba, Cuba.
Teléfono: 457265