

**NOMBRE DEL ALUMNO:** Noemi  
Gómez Méndez.

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Lic. Erika  
Cedillo Reyes.

**NOMBRE DEL TRABAJO:** Problemas  
Geriátricos de mayor repercusión.

**MATERIA:** Enfermería Gerontogeriatrica

**GRADO:** Sexto Cuatrimestre.

## “RESUMEN DE LOS DIFERENTES SINDROMES GERIATRICOS”

Los síndromes geriátricos son una forma de presentación de enfermedad común en los adultos mayores, consisten en un conjunto de cuadros clínicos habitualmente originados por la interacción de enfermedades con alta prevalencia en esta edad y que con frecuencia originan incapacidad funcional o social en la población.

Los síndromes geriátricos poseen ciertas características clínicas especiales como las que se enlistan a continuación:

- A. En un síndrome geriátrico dado, están involucrados múltiples factores de riesgo, de tal forma que también están comprometidos múltiples órganos y sistemas.
- B. Cada síndrome geriátrico puede ser debido a una o varias causas. De igual manera, una misma enfermedad puede manifestarse con uno varios síndromes geriátricos.
- C. Cada síndrome geriátrico se puede relacionar con otros síndromes geriátricos es por ello la importancia de corregirlos a tiempo.
- D. Con frecuencia constituyen un problema oculto o infra diagnosticado.
- E. Si el síndrome geriátrico no es detectado y tratado a tiempo conlleva un incremento en la morbi mortalidad.
- F. Las estrategias diagnósticas utilizadas en el modelo clásico de enfermedad para encontrar las causas subyacentes que precipitan un síndrome geriátrico, suelen ser inefectivas, costosas y en ocasiones peligrosas para los pacientes ancianos.
- G. En ocasiones, es más útil, si se trata únicamente a los síntomas, aún en ausencia de un diagnóstico preciso.

### *DELIRIUM*

El delirium es una alteración transitoria de la atención y la cognición, aguda, fluctuante y que tiene un origen multifactorial. Es “característica” en ancianos frágiles. Generalmente está asociado a una enfermedad física aguda, que no necesariamente tiene origen en el sistema nervioso central, ya que solo en el 10% de los casos se encuentra una causa en el mismo. El delirium es una urgencia médica que requiere una valoración para identificar la o las causas subyacentes. Cerca del 50% de los pacientes con delirium durante el ingreso hospitalario suele pasar desapercibido y los episodios de delirium diagnosticados y tratados correctamente son reversibles en el 50% de los casos

Las causas de delirium son multifactoriales y a continuación se mencionan las más frecuentes:

- Infección.
- Hipoxemia.

- Desnutrición.
- Dolor.
- Inmovilización.
- Iatrogenia.
- Estreñimiento.
- Retención aguda de orina.
- Fármacos.

El delirium se puede clasificar según los patrones motores que presenta:

- Hipoactivo: Se manifiesta por una disminución de la actividad motora asociada a la del estado de alerta, es el más frecuente (67.6%) y el de peor pronóstico, por el retraso en su diagnóstico.
- Hiperactivo: Se presenta como un estado de alerta exaltado, los pacientes se muestran irritables, combativos o agitados, es de predominio nocturno, con frecuencia se alterna con el hipoactivo.
- La mezcla de las manifestaciones clínicas de los tipos anteriores conforma al delirium mixto y representa el 31.1% de los casos.

Para el diagnóstico etiológico del delirium es necesario la realización de estudios de laboratorio y gabinete para la búsqueda intencionada de los factores precipitantes:

- Metabólicos: cuantificar Glucosa, electrolitos, azoados, gases arteriales o venosos y estado ácido-base.
- Infecciosos: examen general de orina y uro cultivo, radiografía de tórax para descartar neumonía, hemocultivos, etc.
- Fármacos: deben revisarse todos los medicamentos utilizados, todo fármaco recién agregado debe considerarse causante de delirium especialmente aquellos con acción en sistema nervioso central, aunque teóricamente cualquier fármaco puede precipitarlo.
- Neuroimagen: se puede hacer uso de esta una vez descartadas otras etiologías o con datos de focalización neurológica.

Se recomiendan las siguientes medidas para la prevención del delirium:

- Protección de la vía aérea.
- Oxigenación adecuada.
- Adecuado manejo del balance hidroelectrolítico.

- Soporte nutricional adecuado.
- Hidratación adecuada.
- Adecuado manejo del dolor.
- Otras medidas no farmacológicas

### **SÍNDROME DE POLIFARMACIA**

En el adulto mayor el tratamiento farmacológico es más complejo en relación a otros grupos etarios, debido a los cambios en la farmacocinética (absorción, distribución, metabolismo y excreción) y farmacodinamia, por lo que los medicamentos deben usarse con mayor precaución. La disminución en las reservas fisiológicas que se asocian al envejecimiento puede condicionar alteraciones farmacocinéticas y fármaco dinámicas, que suelen ser transcendentales en el comportamiento de los fármacos.

Se recomienda tomar en cuenta los cambios en la composición corporal del adulto mayor, tales como: la disminución de masa magra, aumento de masa grasa y disminución de agua corporal al momento de prescribir cualquier fármaco para ajustar las dosis de los fármacos, iniciando con dosis menores y con un incremento lento de los mismos.

La polifarmacia define como el uso de por lo menos un fármaco potencialmente inapropiado o la presencia de 5 o más medicamentos al mismo tiempo. La polifarmacia debe incluir todos los tipos de medicamentos, en otras palabras, los medicamentos prescritos, medicamentos de venta libre, medicina complementaria y alternativa, así como los suplementos dietéticos.

La polifarmacia a menudo es consecuencia de múltiples prescripciones sobre varias enfermedades crónicas, por distintos médicos, los cuales ven de manera fragmentada al paciente y los lleva a tener una mala interpretación de las manifestaciones, incrementando las prescripciones, el riesgo de discapacidad, hospitalización y muerte. Se estima que la población de 65 años o más consume entre el 25 y el 50% de los fármacos prescritos y son responsables del 70% del gasto farmacéutico total.

Existen múltiples causas para que un paciente desarrolle polifarmacia, sin embargo, las más importantes a mencionar son la edad y la comorbilidad entre otros factores más.

Los pacientes con polifarmacia tienen un alto riesgo de presentar efectos secundarios, debido al incremento en las interacciones farmacológicas, además de dificultar el cumplimiento terapéutico y lo que complica aún más el manejo, conduciendo a errores en la prescripción, que con frecuencia provocan más efectos secundarios, este fenómeno se conoce como "cascada de la prescripción"

Recomendaciones para disminuir la polifarmacia y sus complicaciones.

- Realizar una historia farmacológica completa que indague sobre automedicación favorece la identificación de interacciones, así como enumerar los medicamentos de venta libre y hierbas medicinales que consuma el paciente.
- Realizar una valoración geriátrica integral. Se debe realizar un interrogatorio detallado de las patologías y de los fármacos que usa el paciente.
- Realizar un listado de fármacos con los horarios en los que son consumidos.
- Establecer prescripciones adecuadas.
- Es necesario limitar los medicamentos prescritos a los esenciales.
- Antes que tener un efecto terapéutico es importante no provocar un problema.
- Si no es estrictamente necesario, no medicar.
- Evitar o limitar prescriptores múltiples.

### *SÍNDROME DE FRAGILIDAD*

El síndrome de fragilidad en el adulto mayor se define como un estado reducido de las reservas fisiológicas, lo que lleva a un incremento en la susceptibilidad a la discapacidad y muerte tras un estrés externo mínimo.

La historia natural del síndrome de fragilidad demuestra que es más común progresar a un estado de mayor fragilidad que a uno menor si no se realiza ninguna intervención. Por lo que, al identificar este síndrome, una acción oportuna, puede reducir el grado de fragilidad en los pacientes.

Las intervenciones recomendadas para prevenir la fragilidad incluyen:

- Ejercicio de resistencia.
- Incremento en el aporte de proteínas.
- Intervenciones en la esfera cognoscitiva.
- Mejorar las redes de apoyo.
- Detección y tratamiento oportuno de depresión.

### *SÍNDROME DE CAÍDA*

Más de un tercio de los adultos mayores de 65 años se caen cada año. El objetivo de la evaluación y las estrategias para la prevención de caídas, es reducir el riesgo de que éstas sucedan, sin comprometer la independencia funcional. La evaluación debe incluir la actividad al momento de la caída, la evaluación del lugar de la caída, las causas desencadenantes y las consecuencias de la caída.

Los factores de riesgo más importantes para la aparición de este síndrome son: debilidad muscular, alteraciones de la marcha y el equilibrio, deterioro cognitivo y polimedicación.

En este caso, el tratamiento a seguir para evitar las caídas sería el fortalecimiento de la musculatura de MMII mediante ejercicios activos y de PNF, ejercicios de equilibrio y coordinación, eliminación de barreras arquitectónicas, adaptación del entorno a sus déficits sensoriales y la supervisión constante por parte del personal del centro.

Si se produjese una caída, debemos estudiar la etiología de la misma para intentar evitar que vuelva a ocurrir, además de enseñar a la paciente técnicas adecuadas para poder levantarse con seguridad.

### *SÍNDROME DE DESNUTRICIÓN*

La desnutrición es frecuente después de los 70 años debido a una dieta inadecuada y particularmente una ingesta insuficiente de proteínas.

El diagnóstico de desnutrición se realiza en presencia de dos o más de los siguientes factores:

- Pérdida de peso  $\geq 5\%$  en 1 mes.
- Pérdida de peso  $\geq 10\%$  en 6 meses.
- IMC  $< 21$  kg/m<sup>2</sup>.
- Albúmina  $< 3.5$  g/dl.
- MNA  $< 17$  puntos.
- Valoración global subjetiva grado C.

Un índice de masa corporal (IMC) bajo es un predictor de mortalidad en los adultos mayores. Al medir de manera rutinaria el ancho de banda eritrocitaria (RDW), un resultado mayor a 15% se asocia a un incremento de riesgo de muerte en 151% (HR = 2.51). Otro factor asociado a mortalidad son los niveles muy bajos o muy altos de prealbúmina ( $< 258$  o  $> 316$  mg/dl).

### *SÍNDROME DE INMOVILIDAD*

El síndrome de de inmovilidad se define como la restricción del movimiento, generalmente involuntario y secundario a distintas causas como problemas físicos, funcionales, neurológicos y/o sociales. Repercute en la capacidad de desplazamiento de una persona llevando a consecuencias en todas las dimensiones (médico, psicológico, social y funcional) que suelen ser catastróficas en el adulto mayor.

En el adulto mayor el síndrome de inmovilidad está condicionado por la disminución de la reserva homeostática y la pluripatología asociada, lo que condiciona un deterioro de las funciones motoras y sensitivas. En caso de no tratarse, provoca una disminución de la tolerancia a la actividad física y lleva a la pérdida de la autonomía funcional.

La inmovilidad crónica, se caracteriza por una progresión lenta, el tiempo que pasa entre una inmovilidad aguda a crónica es variable y pueden existir periodos fluctuantes de recuperación de la movilidad. Constituye un factor de riesgo para hospitalizaciones frecuentes.

### ***DETERIORO FUNCIONAL***

Definido como la pérdida de la independencia en las actividades de autocuidado o deterioro de las habilidades para el autocuidado, el deterioro funcional se caracteriza por la pérdida de una o más de las actividades básicas (baño, vestido, aseo personal, transferencias, continencia y alimentación) o instrumentadas (uso de teléfono, transporte, manejo de finanzas, control de medicamentos, compras, actividades domésticas y preparación de alimentos) de la vida diaria en un periodo de tiempo específico. También suelen encontrarse afectadas de forma conjunta las funciones mentales, las capacidades de comunicación y de movilidad en el medio ambiente. Suele observarse hasta en 12% de las personas de 75 años de edad y es un marcador de mal pronóstico para la vida y función a corto plazo.

En el caso de las enfermedades crónicas, el deterioro asociado suele presentarse de forma escalonada con episodios de mayor afección representados por los eventos de exacerbación.

Existen dos tipos de deterioro funcional: el agudo y el subagudo. El deterioro agudo suele tener un inicio súbito con una evolución de días a semanas, suele estar asociado con enfermedades intercurrentes, complicaciones o descompensación de enfermedades crónicas o crisis sociales y psicológicas. Es recomendable en estos casos evaluar la hospitalización del paciente, ya que su pronóstico depende del tiempo requerido para la identificación, manejo y rehabilitación del factor responsable. El deterioro crónico suele tener un inicio insidioso y una duración de semanas o meses; entre los factores asociados con su desarrollo se encuentra el deterioro de enfermedades crónicas habitualmente progresivas, la emergencia de enfermedades nuevas no detectadas o posibles iatrogenias, asociadas principalmente a medicamentos. El pronóstico del deterioro crónico es reservado y depende de la posibilidad de trata-miento curativo y rehabilitación de las causas identificadas.

### ***INCONTINENCIA URINARIA***

Definida como la pérdida involuntaria de orina en suficiente cantidad o frecuencia que se convierte en un problema de salud y social, la incontinencia urinaria es uno

de los síndromes gerítricos más frecuentes. Se presenta entre 14 a 25% de los adultos mayores en comunidad y es más frecuente en las mujeres. Es la segunda causa de ingreso a instituciones de cuidados crónicos, encontrándose hasta en 60% de los adultos mayores institucionalizados y su prevalencia se incrementa conforme aumenta la edad.

La incontinencia urinaria puede ser clasificada de múltiples formas. Una de ellas es en relación al tiempo de evolución del padecimiento, siendo aguda o transitoria cuando se presenta de forma súbita y es causada por enfermedades potencialmente reversibles y/o tratables.

Se considera la incontinencia urinaria como crónica o persistente en aquellos casos con más de 6 semanas de evolución, cuando las causas asociadas a su desarrollo no pueden ser resueltas de forma definitiva.<sup>31</sup> Otra forma de clasificar a la incontinencia urinaria es con base en el mecanismo por el cual se perdió el control sobre la emisión de orina. La incontinencia de esfuerzo se caracteriza por una fuga urinaria de leve a moderada, secundaria al aumento de la presión intra abdominal por toser, reír o hacer ejercicio. Es causada por la falla en el esfínter uretral por debilidad intrínseca o por falla en la contracción, habitualmente asociado a alteraciones estructurales en el piso pélvico, particularmente en las mujeres. La incontinencia de urgencia se caracteriza por pérdidas involuntarias de orina, habitualmente de gran volumen, por disfunción en el vaciamiento de la vejiga asociado a contracciones vesicales espontáneas o provocadas durante la fase del llenado de la vejiga que es imposible de contener o evitar por parte del paciente. Por último, la incontinencia urinaria por rebosamiento es la desarrollada cuando la vejiga es incapaz de vaciarse a consecuencia de un proceso obstructivo (habitualmente por crecimiento prostático), generándose un llenado y estiramiento hasta la máxima capacidad que produce un incremento de la fuerza que vence la resistencia del punto de obstrucción, produciéndose fuga intermitente de orina.

La evaluación y el manejo de la incontinencia urinaria son de carácter interdisciplinario, pues requieren la evaluación del médico geriatra, el urólogo y el gineco obstetra de acuerdo con el caso, así como la capacitación de los familiares y el paciente para llevar a cabo las medidas no farmacológicas. En los casos de incontinencia urinaria aguda, como en todos los síndromes geriátricos, es necesario identificar las enfermedades asociadas que requerirán de intervención para la resolución del problema. En el caso de la incontinencia urinaria crónica, se deberá manejar según el mecanismo fisiopatológico, siempre incluyendo el establecimiento de un horario miccional, para que el adulto mayor orine cada hora de forma inicial y vaya incrementando en una hora por día el intervalo entre micciones hasta que se vuelva a presentar la incontinencia; entonces debe regresar al intervalo máximo en el que no presentó incontinencia y establecer una rutina las 24 horas del día para ir al baño con el intervalo establecido.



## *REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS*

La fragilidad y otros síndromes geriátricos: página web:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102d.pdf>

Síndromes geriátricos: página web: [https://www.geriatria.com.mx/wp-](https://www.geriatria.com.mx/wp-content/uploads/2015/11/S%C3%8DNDROMES-GERI%C3%81TRICOS.pdf)

[content/uploads/2015/11/S%C3%8DNDROMES-GERI%C3%81TRICOS.pdf](https://www.geriatria.com.mx/wp-content/uploads/2015/11/S%C3%8DNDROMES-GERI%C3%81TRICOS.pdf)

Síndromes geriátricos: página web: [https://www.geriatria.com.mx/wp-](https://www.geriatria.com.mx/wp-content/uploads/2015/11/S%C3%8DNDROMES-GERI%C3%81TRICOS.pdf)

[content/uploads/2015/11/S%C3%8DNDROMES-GERI%C3%81TRICOS.pdf](https://www.geriatria.com.mx/wp-content/uploads/2015/11/S%C3%8DNDROMES-GERI%C3%81TRICOS.pdf)