



**Mi Universidad**

**Ensayo**

*Nombre del Alumno: Dana Paola Vazquez Samayoa.*

*Nombre del tema: Síndromes geriátricos.*

*Parcial: 2do.*

*Nombre de la Materia: Geriátria.*

*Nombre del profesor: Dr. Miguel Basilio Robledo.*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina humana.*

*Semestre: 6to.*

## Síndromes geriátricos

### Introducción

El envejecimiento poblacional es uno de los grandes triunfos de la humanidad, pero también uno de los mayores retos. A medida que pasa el tiempo el envejecimiento de la población implica un aumento de demandas sociosanitarias en todos los países. El modelo del envejecimiento activo como meta es permitir el disfrutar a los ancianos del mañana de la mejor calidad de vida posible, la realidad es que los ancianos de hoy, sobre todo los de mayor edad, sufren diversos cuadros patológicos que disminuyen notablemente su salud, y en consecuencia su calidad de vida. Los adultos mayores valoran dicha calidad de vida, en función de su nivel de independencia, y de los diferentes síndromes, el cual se define como un conjunto de una serie de alteraciones que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social. Tras la aparición de algunos de los síndromes originan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que lo padecen, y a menudo, generan o incrementan la dependencia de otras personas, produciéndose un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social, que si no se cubren, favorecen el aislamiento social y la institucionalización.

### Desarrollo

Dentro de todos los síndromes geriátricos se encuentran las caídas que se define como la precipitación a un plano inferior de manera repentina, involuntaria e insospechada con o sin lesiones secundarias confirmada por el paciente o un testigo. Es reconocible como un problema de salud mundial mas importante en los pacientes, debido a sus factores asociados en su origen, ya sea no modificables intrínsecos como la edad, el sexo masculino, raza blanca, enfermedades crónicas, medicamentos ejemplos son las benzodiazepinas, antidepresivos y antipsicóticos, mareo, vértigo, síncope, déficit visual, auditivo y trastornos de la función neuromuscular, marcha y reflejos. Como también factores modificables extrínsecos asociados al entorno como el uso de escaleras, bañeras, mala iluminación, muebles, calzado y uso de bastón o andadera. Las caídas se asocian con el mareo y síncope como parte del proceso y consecuencia al sufrir alguno de estos. La morbilidad-mortalidad asociada con el síncope es mayor en la población geriátrica, donde las caídas son más complicadas con fracturas, hematomas subdurales y otras lesiones serias.

Las consecuencias tardías comprenden: Limitación funcional que puede llevar a la inmovilidad con todas sus complicaciones. Síndrome poscaída, caracterizado por la falta de confianza del paciente en sí mismo, por miedo a volver a caerse y restricción de la deambulaci3n, ya sea por 3l mismo o por sus cuidadores, llegando al aislamiento y a la depresi3n. Respecto al tratamiento y prevenci3n del s3ndrome de inestabilidad-ca3das, es preciso, l3gicamente, poner remedio a las consecuencias agudas que derivan de la ca3da y las enfermedades subyacentes; sin embargo, lo m3s importante es prevenir las ca3das sin limitar la movilidad, la independencia y las actividades de la vida diaria.

En lo que respecta a mareos y s3ncope es la p3rdida abrupta, transitoria del estado de conciencia con ausencia del tono postural, seguido de una recuperaci3n completa sin d3ficit neurol3gico focal. Por lo general se desencadena por un proceso que tiene como consecuencia una interrupci3n s3bita, transitoria (5 a 20s) del flujo sangu3neo, cerebral, en particular del sistema reticular ascendente. El s3ncope puede ser un signo premonitorio de un problema cardiaco serio que incluye el paro cardiaco.

La exploraci3n cardiovascular es crucial. Puede revelar soplos consistentes con estenosis a3rtica, cardiomiopat3a hipertr3fica, prolapso de la v3lvula mitral, hipertensi3n arterial pulmonar o insuficiencia cardiaca. La evidencia de estenosis a3rtica, disfunci3n de una pr3tesis valvular, presencia de un marcapasos o un desfibrilador autom3tico implantable pueden aportar datos clave sobre el diagn3stico. Una evaluaci3n neurol3gica puede indicar signos focales o evidencia de un proceso neurol3gico sist3mico como enfermedad de Parkinson. Es importante evaluar la presencia de temblor, debilidad unilateral o cambios visuales, as3 como signos neurol3gicos fluctuantes. Un nuevo d3ficit neurol3gico en un paciente con s3ncope debe considerarse un signo premonitorio de enfermedad cerebrovascular.

La frecuencia del s3ncope y sus comorbilidades asociadas var3an con la edad, g3nero y causa. Se han descrito dos picos de incidencia: el primero alrededor de los 15 a3os de edad en mujeres y el segundo ocurre en uno y otro sexo despu3s de los 65 a3os de edad. En la poblaci3n general, 40% de las personas presentan un episodio de s3ncope al menos una vez en su vida y 20% de los adultos m3s de un episodio. Entre 6 y 30% de los pacientes, en funci3n de la edad y el contexto en que se analicen, presentan un s3ncope debido a una causa cardiaca, que puede ser la primera manifestaci3n de su enfermedad y un marcador de mal pron3stico.

El tratamiento del síncope estará determinado por la causa del mismo. Realizar un análisis detallado de cada una de las alternativas para la etiología precisa está fuera el propósito del presente documento. Para el correcto tratamiento de los episodios sincopales hay que conocer tanto la causa fundamental del síncope como el mecanismo final del episodio concreto. Por otra parte, en algunos pacientes, además del tratamiento del mecanismo de los episodios sincopales, se debe iniciar en función de la enfermedad de base, el tratamiento específico de la cardiopatía asociada.

En muchos casos se ha manejado el término de desaferentación sensorial, lo cual significa que el ser humano deja de recibir información adecuada o tan simple como que no la adquiere, lo que repercute en muchas actividades tanto cerebrales como del resto del organismo. Cuando el cerebro no tiene la información adecuada y verdadera sus procesos son inadecuados, y van desde la falta de procesamiento de información hasta la inadecuada utilización de la misma, lo que representa vivir en la mentira de los conocimientos del ambiente que rodea a la persona. Se puede decir que los dos principales órganos de los sentidos involucrados son el ojo y el oído. Estos dos sentidos permiten un buen conocimiento del ambiente que rodea a la persona, que interrelaciona con las actividades de la vida diaria y son la principal fuente de conocimientos conscientes que requiere el ser humano para poder desarrollarse.

Es importante señalar que el cuerpo humano recibe información del ambiente mediante los órganos de los sentidos, los trastornos que pudieran presentarse dejan al organismo en un balance precario y sujeto a cualquier agresión que producirá una serie de trastornos no sólo de orden fisiológico. Sus repercusiones psicológicas y sociales no dejan de presentarse y en muchas ocasiones son fuente de problemas importantes. Su detección, análisis y manejo adecuado dan posibilidades al ser humano de obtener una mejor calidad de vida. No por ser órganos no vitales hay que dejar de mantener un buen funcionamiento de vista, oído, olfato, gusto y tacto. Su interrelación con el funcionamiento cerebral es importante, enfermedades neurológicas degenerativas tienen sus manifestaciones a través de estos órganos, recordar que la disminución o trastorno del olfato puede ser el primer síntoma de la enfermedad de Alzheimer.

Ahora bien, haciendo hincapié sobre el anciano es de mayor prevalencia que dado estas complicaciones sea parte de su práctica terapéutica ser hospitalizado, o simplemente estar postrado en cama lo que se relaciona a producir úlceras por presión cualquier lesión causada por presión no mitigada que resulta en daño al tejido subyacente.

Las úlceras por presión pueden presentarse como eritema que no palidece sobre una prominencia ósea o como áreas de pérdida epitelial, daño a la piel, ampollas o necrosis de la piel manifestada por la formación de escaras. Los sitios más frecuentes en los que se desarrollan úlceras por presión son: la región occipital, mentón, vértebras, omóplatos, codos, caderas, sacro, nalgas, rodillas y talones. El manejo apropiado de los pacientes con úlceras por presión requiere valoración y tratamiento de las enfermedades subyacentes y condiciones que han puesto a la persona en riesgo de desarrollar una úlcera por presión. La valoración nutricional es de particular importancia. Deberán registrarse las características de la herida, localización, estadio y tamaño de toda úlcera por presión. Esto incluye la valoración de trayectos, profundidad, tunelificaciones, exudado, tejido necrótico, tejido de granulación, epitelización y el estado de la piel que rodea a la úlcera. La ingestión proteica es uno de los más importantes predictores de curación de las úlceras por presión. Debe administrarse una ingestión alimenticia adecuada para prevenir la desnutrición, y las deficiencias nutricionales deben corregirse.

Dentro de los síndromes geriátricos está la incontinencia a se define como la pérdida involuntaria de orina, que es objetivamente demostrable y que constituye un problema social e higiénico. Su prevalencia aumenta con la edad, afectando al 60% de los ancianos hospitalizados y a casi el 50% de los ingresados en instituciones geriátricas, a diferencia de los que viven en la comunidad, para los cuales se han reportado cifras de prevalencia que oscilan entre el 10% y el 25%. Menos de la mitad de los pacientes afectados por este problema busca ayuda médica, habiéndose encontrado que la incontinencia limita al 30% de los que la sufren para usar el transporte público, al 45% para visitar a sus amigos y al 40% para hacer la compra; por tanto, es obvio que la incontinencia es un problema que genera gran dependencia y aislamiento social, a lo que se une un elevado gasto sanitario derivado de la necesidad de utilizar métodos paliativos (colectores, absorbentes, etc.). En función de su frecuencia, se distingue entre incontinencia aguda o pasajera, cuya duración oscila entre 3 y 4 semanas, e incontinencia persistente o crónica, con una duración superior a 4 semanas. Al igual que en otros síndromes geriátricos, su etiología es multifactorial; así pues, causas como infecciones genitourinarias, delirio u otros estados confusionales, determinados tratamientos farmacológicos, alteraciones psicológicas, movilidad limitada o impactación fecal pueden dar lugar a una incontinencia transitoria, mientras que otros factores como lesiones medulares, debilidad del suelo pélvico, incompetencia del esfínter uretral, vejiga acontráctil, hipertrofia

prostática, deterioro cognitivo u otras causas funcionales pueden generar una incontinencia más o menos persistente.

Un adecuado diagnóstico del tipo de incontinencia permite tratar este problema en la mayoría de los pacientes que lo sufren. El tratamiento incluye diversas opciones terapéuticas: ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico (ejercicios de Kegel o conos vaginales), farmacoterapia o procedimientos quirúrgicos, en función del origen o tipo de incontinencia. No obstante, no debe olvidarse que algunos pacientes no están en condiciones de someterse a un tratamiento curativo, y necesitan una continencia social que evite su aislamiento y su rechazo por parte de la sociedad; es en estos casos cuando el paciente debe recibir tratamiento con métodos paliativos (colectores, absorbentes, etc.). La prevención de la incontinencia urinaria debería iniciarse en edades anteriores a la vejez. El primer paso en las actividades preventivas es concienciar a los propios profesionales de la salud y a los pacientes de que la incontinencia no es una situación normal, por lo que precisa diagnóstico y tratamiento.

## Conclusión

El envejecimiento es un proceso inevitable, que se puede enfrentar en mejores condiciones cuando se cuenta con la rehabilitación como medida terapéutica que ayude a la recuperación, no sólo del proceso patológico, sino que brinde los elementos emocionales y sociales para la pronta reincorporación del anciano a su realidad. La rehabilitación es una especialidad vinculada con todas las ramas de la medicina y en forma específica en geriatría debe considerarse un elemento imprescindible para el tratamiento integral de los adultos mayores.

## Fuentes bibliográficas

*Carlos d' Hyver y Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Geriatria 3ª ed. Manual moderno.*