



**Mi Universidad**

Nombre del Alumnos: **José Sánchez Zalazar**

Nombre del tema: **Sx geriátricos**

Parcial: **3°**

Nombre de la Materia: **Medicina Paliativa**

Nombre del profesor: **Dr. Darinel Navarro Pineda**

Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana**

Semestre: **6°**

Ciudad: **San Cristóbal de las Casas, Chis, Mx.**

Fecha: **18/05/2024**

## SINDROMES GERIATRICOS

El termino síndrome geriátrico, se refiere a las formas de presentación mas frecuentes de las enfermedades en el adulto mayor. Se deben a condiciones de salud multifactoriales, propias del paciente anciano.

Los grandes síndromes geriátricos, también conocidos como los 4 gigantes de la Geriátría, incluyen: inmovilidad, inestabilidad-caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo.

su incidencia y prevalencia son elevadas entre la población mayor de 65 años, pero aumentan aún más si se consideran determinados grupos, como son los mayores de 80 años, las personas hospitalizadas o los residentes en instituciones. Carácter sindrómico, ya que cada uno de ellos constituye una forma de presentación de diferentes patologías; casi cualquier enfermedad puede presentarse en el anciano como uno de estos síndromes.

Tras su aparición, todos ellos originan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que los 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 del anciano.

### Inmovilidad

El síndrome de inmovilidad se define como la restricción, generalmente involuntaria, en la capacidad de transferencia y/o desplazamiento de una persona a causa de problemas físicos, funcionales o psicosociales. Este síndrome es considerado como una vía común, a través de la cual muchas enfermedades y trastornos del adulto mayor producen gran discapacidad.

Los problemas de movilidad afectan a casi el 20% de los individuos mayores de 65 años. A partir de los 75 años, aproximadamente el 50% de los ancianos tiene problemas para salir de su casa y un 20% se halla confinado en su domicilio.

La etiología de la inmovilidad es multifactorial, incluyendo causas tan diversas como enfermedades osteoarticulares (artrosis, fracturas, patología de los pies, etc.), patología cardiovascular (ictus, cardiopatía, hipotensión ortostática, diabetes, etc.), trastornos neuropsiquiátricos (demencia, enfermedad de Parkinson, depresión, etc.), obstáculos físicos, hospitalización, aislamiento, orden médica y, por supuesto, fármacos (sedantes, opiáceos, neurolépticos, antidepresivos) cuyos efectos secundarios aumentan la fragilidad del anciano.

## Inestabilidad y caídas

La caída se define como la precipitación repentina al suelo, que se produce de forma involuntaria, y que puede acompañarse o no, de pérdida de conciencia. Epidemiológicamente, los accidentes son la sexta causa de mortalidad en personas mayores de 75 años, y de éstos, las caídas son la principal causa. El riesgo es mayor en ancianos hospitalizados, sobre todo en la etapa inmediatamente posterior a su ingreso, debido al rechazo a una actitud sobreprotectora.

El origen de este síndrome es también multifactorial: enfermedad osteoarticular, cardiovascular, neuropsiquiátrica, causas extrínsecas (obstáculos físicos, calzado, domicilio, escaleras, etc.) y efectos secundarios de ciertos fármacos

Los factores de riesgo más importantes para la aparición de este síndrome incluyen: debilidad muscular, alteraciones de la marcha y el equilibrio, deterioro de las funciones mentales, deterioro en las actividades de la vida diaria y polimedicación.

### Consecuencias del síndrome de inestabilidad-caídas

Las consecuencias de este síndrome pueden clasificarse en inmediatas y tardías.

Las primeras incluyen:

\* Lesiones menores en partes blandas y fracturas, que son más frecuentes en la cadera, el fémur, el húmero, las muñecas y las costillas; también se debe considerar la posibilidad de un hematoma subdural, después de un deterioro cognitivo no explicable.

\* La dificultad para levantarse se produce en el 50% de los casos, y el 10% permanece en el suelo más de una hora, lo cual puede provocar deshidratación, infecciones y trastornos psicológicos, y en algunos puede producirse un cuadro de hipotermia, capaz de generar la muerte en el 90% de los casos.

### Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria 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.).

## **1. Incontinencia urinaria por causa detrusor**

Incontinencia urinaria de urgencia: Son pacientes que presentan pérdida de orina secundaria a contracciones no inhibidas del detrusor, de causa idiopática (primaria). Pueden manifestar adicionalmente urgencia miccional, muchas veces acompañada de frecuencia miccional elevada y nicturia.

Incontinencia por pérdida de acomodación vesical: Son pacientes que tienen vejigas que aumentan de presión rápidamente a medida que ocurre el llene vesical. El aumento de presión vesical vence la resistencia del tracto de salida y ocurre el escape urinario.

Incontinencia por ineficiencia de vaciado: Pacientes que presentan vaciado vesical incompleto dejando residuos postmiccionales elevados. Puede deberse a una uropatía obstructiva baja (ej. crecimiento prostático, prolapso genital) o a un detrusor hipocontráctil durante la fase miccional. Los residuos elevados pueden llevar a incontinencia urinaria por rebosamiento.

## **2. Incontinencia urinaria por causa tracto de salida**

Incontinencia urinaria de esfuerzos: Pacientes que presentan pérdida de orina en asociación a esfuerzos como toser, reír o levantar pesos. Puede ser por hipermovilidad uretral (debilidad de piso pelviano) o por deficiencia intrínseca del esfínter urinario.

## **3. Incontinencia urinaria mixta**

Incontinencia urinaria mixta: Pacientes que presentan síntomas de incontinencia de urgencia y de esfuerzos, pudiendo haber predominio de un tipo sobre el otro.

#### **4. Incontinencia urinaria en casos especiales**

Incontinencia urinaria funcional: Son pacientes sin patología urológica ni neurológica, pero que presentan dificultades físicas para alcanzar el baño.

Incontinencia urinaria secundaria: Son pacientes sin patología urológica ni neurológica, pero que beben en exceso, tienen efectos secundarios de drogas o tienen patología general que afecta la continencia, como diabetes mellitus con poliuria, insuficiencia cardíaca congestiva o insuficiencia renal con nicturia, entre otros.

Incontinencia urinaria con base neurológica: Son pacientes con patología neurológica que repercute en su funcionamiento vesical, cognitivo y/o limita su capacidad física, como hidrocefalia normotensiva, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidentes cerebrovasculares, traumatismos raquímedulares, etc. Estas condiciones pueden presentarse con incontinencia urinaria de causa detrusor, tracto de salida o por combinaciones de estas.

### **Deterioro cognitivo**

El deterioro cognitivo se define como una pérdida o reducción, temporal o permanente, de varias funciones mentales superiores, en personas que las conservaban intactas previamente.

Esta definición incluye cuadros muy definidos como el síndrome confusional agudo (secundario a infecciones, anemia, patología que afecta a cualquier sistema, ingresos hospitalarios, cambio de domicilio, etc.), o como la demencia de diferentes causas (enfermedad de Alzheimer, etiología vascular, formas mixtas, enfermedad por cuerpos de Lewy, etc.); pero también engloba otros cuadros no tan definidos, vinculados o no a problemas de salud, que habitualmente se conocen como trastorno cognitivo asociado a la edad, deterioro cognitivo leve, etc.

La frecuencia del deterioro cognitivo varía ampliamente de unos colectivos a otros; así, en los ancianos que viven en la comunidad, afecta a un 15% de los mayores de 65 años, incrementándose su frecuencia en función de la edad, de modo que en personas que superan los 80 años, su frecuencia casi se duplica (25-30%). En pacientes hospitalizados, la frecuencia del deterioro cognitivo se aproxima al 25% y finalmente, es en el colectivo de ancianos institucionalizados en el que este síndrome es más frecuente (50-65%).

Dada la definición del síndrome de deterioro cognitivo, que como se ha señalado engloba cuadros muy diversos en cuanto a su origen, síntomas, gravedad, etc., su etiología es obviamente aún más compleja que la de los síndromes ya descritos: infecciones agudas, enfermedad cardiovascular, alteraciones neuropsiquiátricas, hidroelectrolíticas y metabólicas, retención urinaria, impactación fecal, inmovilidad, fármacos (sedantes, anticolinérgicos, opiáceos, diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, cimetidina, digoxina, fenitoína).

Las consecuencias del deterioro cognitivo, especialmente en los estadios más avanzados, son las siguientes: ansiedad, depresión, insomnio, caídas, inmovilidad, incontinencia, riesgo aumentado de infecciones, aislamiento social, dependencia para las actividades de la vida diaria, cambio de carácter, alteraciones de conducta, desnutrición, sobrecarga para el cuidador, elevado consumo de recursos sociosanitarios e institucionalización.



El tratamiento incluye un abanico terapéutico sumamente amplio: terapia ocupacional, psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, inhibidores de la colinesterasa, etc.).

En relación con las actuaciones preventivas sobre el deterioro cognitivo crónico, cuyo máximo exponente es la demencia, no están totalmente delimitadas. En pacientes con deterioro de memoria e incluso demencia en fases leves, parece útil intentar mantener las capacidades mentales existentes mediante talleres de memoria, orientación a la realidad, adaptación del entorno, etc. Los factores de riesgo cardiovascular, que parecen implicados en la demencia vascular y en la alteración cognitiva asociada a la edad, deben ser controlados.

(AYALAA, 2024)

## Bibliografía

AYALAA, A.-E. G. (25 de MAYO de 2024). *ELSEVIER*. Obtenido de ELSEVIER:  
<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>

