



Super Nota

Nombre del Alumno:
Yeni Laura Rojas Valdiviezo

Nombre del tema:
Síndromes Geriátricos

Parcial: 1

Nombre de la Materia:
Enfermería Gerontogeriatrica

Nombre del profesor:
Lic. Cecilia de la Cruz Sánchez

Nombre de la Licenciatura:
Enfermería

Cuatrimestre: 6to "A"

Pichucalco, Chiapas a; 14 de Julio del 2025



SÍNDROME GERIÁTRICO



Concepto

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros, signos y síntomas que presentan los pacientes geriátricos especialmente después de los 80 años. Están causados por el deterioro de los órganos y sistemas, y por la respuesta de estos ante enfermedades comunes. Aumentan la vulnerabilidad de la persona y generan, en muchos casos, incapacidad funcional y social, afectando negativamente a la percepción de calidad de vida del paciente geriátrico y de su entorno de cuidados.

SINDROMES

1 INMOVILIDAD

Disminución en la capacidad de movilización, transferencia y/o desplazamiento debido a problemas físicos, funcionales o psicosociales, en mayor medida de manera involuntaria.



CAUSAS DEL SINDROME

- **Cambios fisiológicos del envejecimiento.**
- **Enfermedades relacionadas:** Muscoesqueléticas, neurológicas, cardiorrespiratorias.
- **Problemas de salud frecuentes.**
- **Causas sociales y ambientales.**





CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD

Físicas

Sistema locomotor
Sistema digestivo
Sistema cardiorrespiratorio
Sistema metabólico



Psicológicas

Depresión
Ansiedad
Miedo a las caídas

Sociales

-Aislamiento social.
-Dependencia funcional.



VALORACIÓN FUNCIONAL

En todo paciente adulto mayor se debe valorar el grado de movilidad, así como detectar los factores de riesgo de inmovilismo. Se debe realizar una valoración geriátrica integral que incluye la valoración médica, del estado mental, social y funcional, así como la detección de los denominados síndromes geriátricos: caídas, incontinencia urinaria, trastornos del sueño, uso inapropiado de medicación.



2

INCONTINENCIA



Pérdida involuntaria de orina y heces. Genera un problema de salud a nivel físico, económico y social. Las personas con incontinencia a menudo viven su situación con vergüenza y no solicitan ayuda sociosanitaria para su tratamiento.



La incontinencia urinaria afecta en torno al 20%-25% de las personas mayores de 65 años. Es más frecuente en mujeres (2-3 mujeres por cada hombre), pero la cifra se iguala a la edad de 80 años, sobre todo entre quienes viven en residencias.



TIPOS DE INCONTINENCIA



Incontinencia de esfuerzo



Incontinencia de urgencia



Incontinencia por desbordamiento



Incontinencia continua

De urgencia:

Es la forma más común en pacientes masculinos mayores de 75 años. La pérdida involuntaria de orina se presenta precedida por necesidad imperiosa de orinar.



De esfuerzo:

Es común en ancianas y supone probablemente la forma más común de incontinencia en las mujeres menores de 75 años. Es la pérdida de orina con los aumentos de la presión del abdomen (intraabdominal). Por ejemplo con la tos, los estornudos y la risa. La obesidad y la tos crónica pueden contribuir a su aparición.

Mixta:

La combinación de ambas es la incontinencia urinaria MIXTA. Es difícil de tratar ya que al resolver algunas de las causas productoras de la alteración en la micción la mejoría del paciente no es total ante la persistencia de los otros causales.



SIN PERCEPCIÓN DEL DESEO MICCIONAL:

Ocurren escapes de orina sin poder relacionarlos con una situación concreta. Se relaciona con una situación de sobredistensión de la vejiga. Es muy rara pero importante reconocerla ya que puede dar lugar a infecciones recurrentes y lesión del tracto urinario superior.

DIAGNÓSTICO

La incontinencia urinaria del adulto mayor puede constituir un proceso complejo y de origen multifactorial, por lo que será preciso abordar su diagnóstico de una forma multidimensional (aspectos físicos, psíquicos, funcionales, sociales e inclusive del hábitat). Incluye los siguientes componentes:



TRATAMIENTO

La intervención será multifactorial, mejorando las condiciones más directamente relacionadas con la pérdida de la continencia (inmovilidad, depresión, deterioro cognitivo).

Tratamiento paliativo

Los pañales y paños protectores son eficaces para recoger y absorber orina, cambiándose a intervalos determinados por la frecuencia de incontinencia urinaria.



Clasificación clínica de la incontinencia urinaria.

INCONTIENENCIA TRANSITORIA			INCONTIENENCIA ESTABLECIDA
Reglas mnemotécnicas			
DRIP		DIAPPERS	
D	Delirium	D Delirium	
	Drogas y fármacos	I Infección	Hiperactividad vesical
R	Retención urinaria	A Atrófica (vaginitis)	Incontinencia de estrés
	Restricción ambiental	P Polifarmacia	Incontinencia de rebosamiento
I	Infección	P Psicológicas	Incontinencia funcional
	Inflamación	E Endocrinopatías	
	Impactación fecal	R Restricción movilidad	
P	Inmovilidad	S Stool (fecal) impactación	
	Poliuria		
	Polifarmacia		

Repercusiones de la incontinencia urinaria.



Tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos mayores.

Manejo y Tratamiento:

- Consulta a un médico para un plan de tratamiento personalizado
- Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico
- Modifica tu estilo de vida, como evitar alimentos y bebidas que iriten la vejiga
- Productos específicos para la incontinencia, como protectores absorbentes o los catéteres.

3 INESTABILIDAD/CAÍDAS

La inestabilidad y las caídas son problemas comunes en adultos mayores, aumentando el riesgo de lesiones y disminución de la calidad de vida.



La OMS define las caídas como “Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad.” Las caídas son de origen multifactorial, de tal manera que el riesgo de sufrir una caída aumenta con el numero de factores de riesgo existentes.



Las actividades que tiene mayor riesgo de producir una caída son:

- Levantarse y acostarse en la cama, silla o subir y bajar escaleras.



Factores de riesgo



Intrínsecos:

Propios del paciente que serán determinados por los cambios fisiológicos de la edad.

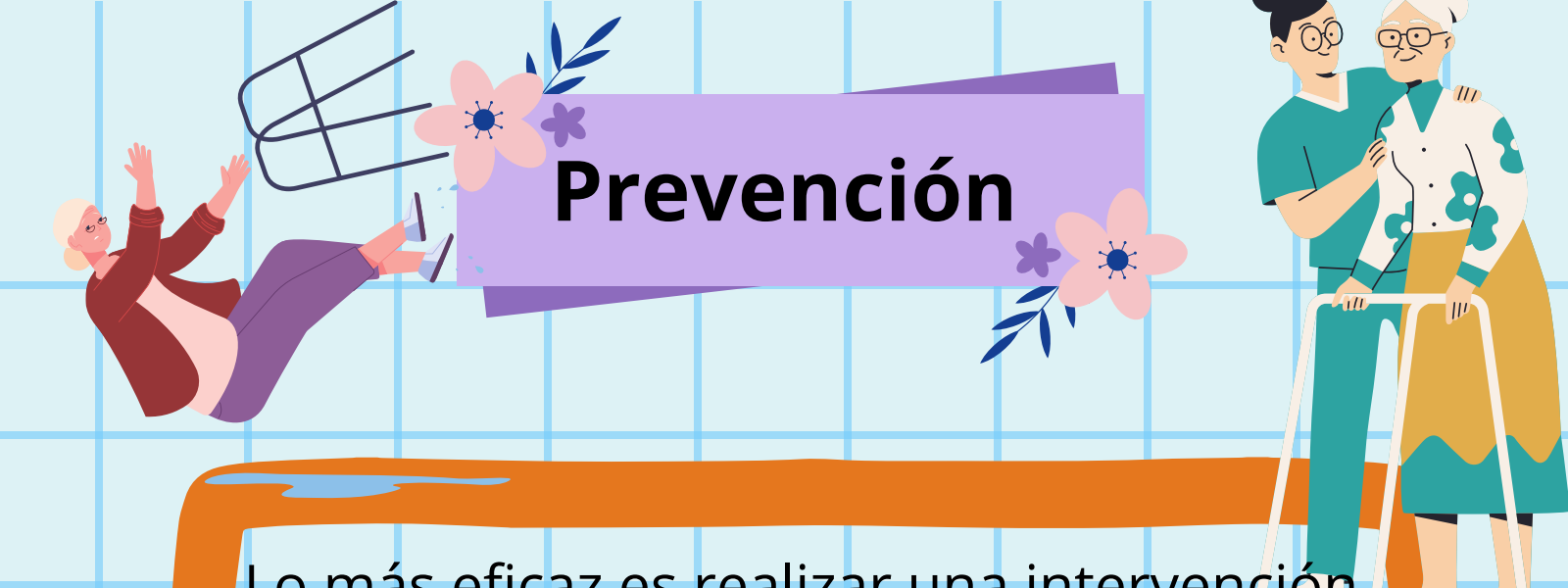
- Diminución de la agudeza visual.
- Sordera
- Enfermedades agudas o crónicas (respiratorias, cardiovasculares, vértigos, demencias, ACV, diabetes)
- Polimedicación
- Aspectos psiosociales (depresión, intranquilidad, síndrome post-caída),
- Alteraciones mecánicas (alteraciones en miembros pélvicos, calzado inadecuado, deformidades)

Extrínsecos:

Corresponde a los llamados factores ambientales, del entorno arquitectónico, o bien de los elementos de uso personal

- Barreras arquitectónicas e el domicilio o en la calle
- Sedentarismo
- Transporte.

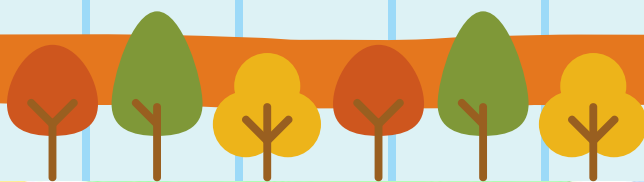




Prevención

Lo más eficaz es realizar una intervención multifactorial, el cual se puede dividir en tres grandes rangos de prevención.

- 1.- Prevención primaria
- 2.-Prevenciónn secundaria
- 3.- Prevención terciaria



Prevención primaria: El objetivo es evitar la caída

- Fomento de hábitos de vida saludables
- Educación para la salud (ejercicio físico moderado)
- Detección precoz de factores de riesgo intrínsecos y corrección de extrínsecos.

Prevención secundaria: conocer y reducir factores de riesgo existentes para evitar nuevas caídas

- Valoración individualizada para detectar alteraciones sensoriales.
- Medida para evitar nuevas caídas, revisión de tratamientos médicos, modificación del entorno para hacerlo un lugar seguro

Prevención terciaria: disminuir las consecuencias producidas por las caídas

- Apoyo y educación a familiaes y cuidadores
- Evitar el síndrome post caída.
- Reeducción de marcha y equilibrio, enseñanza a levantarse solo.



Tratamiento

El principal objetivo del tratamiento es mejorar las enfermedades subyacentes y manejar las consecuencias agudas que derivan de la caída, sin embargo, es importante prevenir las caídas sin limitar la movilidad, la independencia y las actividades de la vida diaria.

Como parte del plan de tratamiento se realiza **una evaluación clínica** en la que se plantea un historial medico en **busca de patologías o complicaciones** producidas por estas y así poder prevenir caídas. Dentro de la **evaluación física** es necesario hacer un **análisis completo del equilibrio estático de la postura, del paso y de a marcha.**



4

Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo en personas mayores, supone una disminución de las capacidades cognitivas como la memoria llegando a afectar a la atención, el lenguaje, las funciones ejecutivas o el razonamiento, entre otras. En una fase leve del deterioro cognitivo, el mayor realiza con total normalidad e independencia las tareas ligadas a su día a día.



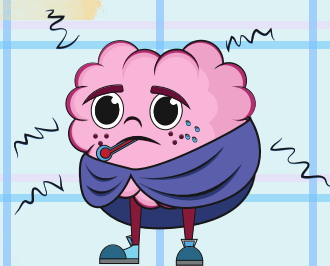
Síntomas y tipos de deterioro cognitivo en el adulto mayor



Los primeros **síntomas del deterioro cognitivo** es fundamental para dar respuesta y prevenir que se agrave. En primer lugar, se debe **detectar qué nivel de deterioro cognitivo** presenta el mayor para proporcionarle los cuidados adaptados a sus necesidades.



- Pérdida de memoria
- Problemas de lenguaje
- Dificultades en la resolución de problemas
- Desorientación
- Cambios en el comportamiento o estado de ánimo
- Dificultad para realizar tareas cotidianas
- Pérdida de iniciativa o motivación
- Dificultades visuales y espaciales



CAMBIOS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO CEREBRAL

Durante el envejecimiento normal después de los 60 años, se pueden observar los siguientes cambios en el SNC



- *Pérdida neuronal progresiva
- *Disminución de los neurotransmisores (acetilcolina)
- * La presencia de placas neuríticas, lesiones neurofibrilares, placas seniles, la acumulación del β -amiloide y lipofusina a nivel cortical y subcortical se acumulan de manera habitual en el curso del envejecimiento, sin embargo su presencia excesiva se asocia a deterioro cognoscitivo.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO



- *Síndrome de caídas
- *Síndrome de fragilidad
- *Depresión
- *Síndrome de abatimiento funcional
- *Delirium
- *Polifarmacia
- *Síndrome de privación sensorial
- *Desnutrición

FACTORES DE RIESGO



- *Edad avanzada
- *trauma craneoencefálico
- *Depresión
- *Trastornos psiquiátricos
- *Abuso de alcohol

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

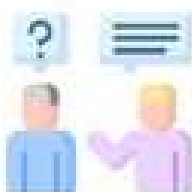
Modificación del entorno domiciliario para adaptarlo al nivel de funcionalidad estimula la independencia y mejora la adaptación, además la educación en salud al cuidador ha demostrado mejorar los resultados en el tratamiento no farmacológico de síntomas neuropsiquiátricos



SIGNOS DE ALARMA

MEMORIA

Alteración en la memoria.



LENGUAJE

Alteración al hablar.

RECONOCIMIENTO

Dificultad para reconocer personas lugares y/o cosas.



ORIENTACIÓN EN ESPACIO

Dificultad para ubicar lugares conocidos.

MOTRICIDAD PROGRAMADA

Dificultad para realizar tareas cotidianas como: vestirse, abotonarse la ropa, atarse las agujetas, peinarse, lavarse los dientes, las manos, bañarse.

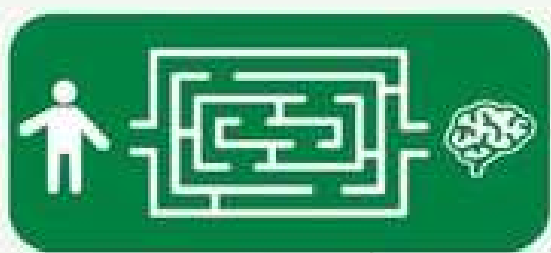


ORIENTACIÓN EN TIEMPO

Dificultad para recordar fechas relevantes, como cumpleaños o días festivos, así como la fecha actual.

SE RECOMIENDA:

Se pueden ofrecer actividades de estimulación cognitiva a las personas mayores que presenten deterioro cognitivo aunque no hayan sido diagnosticadas con demencia



Recuerda que el deterioro cognitivo puede ser un signo de diferentes condiciones, incluyendo:

- **Deterioro cognitivo leve:** Una etapa temprana que puede o no progresar a demencia.
- **Demencia:** Un síndrome que afecta la memoria, el pensamiento y el comportamiento, siendo la enfermedad de Alzheimer la causa más común.
- **Otras condiciones:** Depresión, infecciones, trastornos metabólicos, entre otros.



5

Demencia

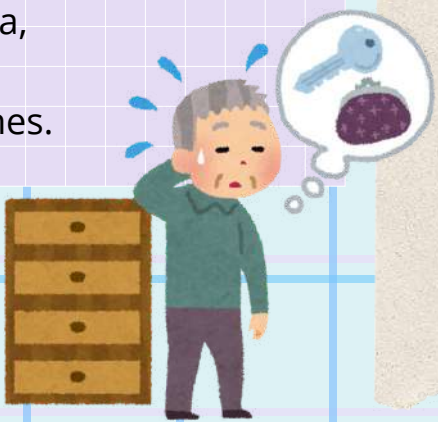


Es un síndrome que implica la pérdida progresiva de funciones cognitivas, como memoria, razonamiento y lenguaje, afectando la capacidad de la persona para realizar actividades diarias.



Cambios psicológicos

- Cambios en la personalidad.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Agitación.
- Comportamiento inapropiado.
- Desconfianza,
- Paranoia.
- Alucinaciones.



Síntomas

Los síntomas de la demencia varían en función de la causa. Los síntomas comunes incluyen los siguientes:

Cambios cognitivos

- Pérdida de la memoria, que generalmente nota otra persona.
- Dificultades para comunicarse o encontrar las palabras.
- Dificultad con las habilidades visuales y espaciales, como perderse mientras se conduce.
- Problemas para razonar o resolver problemas.
- Dificultad para realizar tareas complejas.
- Dificultad para planificar y organizarse.
- Mala coordinación y control de los movimientos.
- Confusión y desorientación.

Causas

La demencia es causada por el daño o la pérdida de las células nerviosas y sus conexiones en el cerebro. Los síntomas dependen del área cerebral dañada. La demencia puede afectar de distintas maneras a la gente.



Demencias progresivas

Las demencias que son progresivas empeoran con el tiempo. Los tipos de demencia que empeoran y no son reversibles incluyen los siguientes:

Enfermedad de Alzheimer.

Esta es la causa más común de demencia. Aunque no se conocen todas las causas de la enfermedad de Alzheimer, los expertos saben que un pequeño porcentaje está relacionado con cambios en tres genes. Estos cambios en los genes se transmiten de padres a hijos. Si bien son varios los genes que probablemente están implicados en la enfermedad de Alzheimer, un gen importante que aumenta el riesgo es la apolipoproteína E4 (APOE).



Demencia vascular.

Este tipo de demencia es causado por el daño a los vasos que suministran sangre al cerebro. Los problemas de los vasos sanguíneos pueden causar accidentes cerebrovasculares o afectar el cerebro de otras maneras, como al dañar las fibras de la sustancia blanca del cerebro.

Los síntomas más comunes de la demencia vascular incluyen dificultades para resolver problemas, lentitud del pensamiento y pérdida de la concentración y organización.



Demencia con cuerpos de Lewy.

Los cuerpos de Lewy son acumulaciones de proteína en forma de globo. Se los ha encontrado en el cerebro de personas que tienen demencia con cuerpos de Lewy, enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson. La demencia con cuerpos de Lewy es uno de los tipos más comunes de demencia.



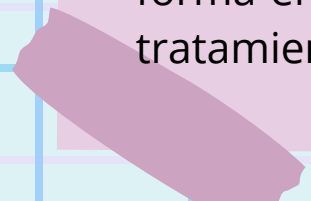
Demencia frontotemporal.

Este es un grupo de enfermedades caracterizadas por la ruptura de las células nerviosas y sus conexiones en los lóbulos frontal y temporal del cerebro. Estas áreas se asocian con la personalidad, la conducta y el lenguaje. Los síntomas más comunes afectan el comportamiento, la personalidad, el pensamiento, el juicio, el lenguaje y el movimiento.



Demencia mixta.

Los estudios de la autopsia del cerebro de personas de 80 años o más que tenían demencia indican que muchos tenían una combinación de varias causas. Las personas con demencia mixta pueden tener la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y demencia con cuerpos de Lewy. Se están haciendo estudios para determinar la forma en que la demencia mixta afecta los síntomas y los tratamientos.

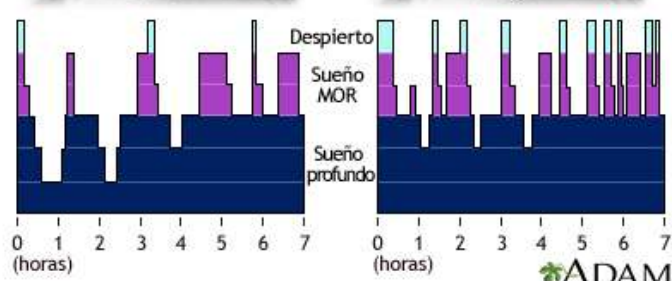


Trastornos del sueño

Son aquellos patrones de perturbación del sueño. Esto puede incluir problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, demasiado sueño o comportamientos anormales mientras duerme.

CAUSAS

Los problemas del sueño son frecuentes en las personas mayores. En el caso de los adultos mayores el sueño es menos profundo y más entrecortado que el sueño en las personas más jóvenes.



Síntomas

Los síntomas que se pueden presentar son:

- Dificultad para conciliar el sueño
- Dificultad para notar la diferencia entre el día y la noche
- Despertar en la madrugada

Despertar con frecuencia durante la noche (por ejemplo, debido a nocturia)



CAMBIOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO EN EL SUEÑO

- a) El inicio del sueño es más difícil.
- b) El tiempo total y la eficiencia del sueño es menor.
- c) El sueño profundo (NMOR etapa 3) se reduce.
- d) El sueño es fragmentado por un incremento en despertares.
- e) Pasan más tiempo en cama y provoca una percepción errónea de no dormir lo suficiente.
- f) Cambios en el ritmo circadiano por condiciones sociofamiliares, van más temprano a la cama y se despiertan más temprano.
- g) Incremento en el número de siestas y períodos de somnolencia diurna.
- h) La duración del sueño MOR suele conservarse, la fase 1 se incrementa y la fase 3 se reduce.



Tratamiento no farmacológico

En este rubro se incluye la higiene del sueño, educación general, control de estímulos, técnicas de relajación, terapia de restricción del sueño, terapia cognitiva y conductual.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.-Ruiz T. Síndromes geriátricos: síndrome de inmovilismo, caídas, incontinencia urinaria, síndrome confusional agudo, úlceras por presión, desnutrición. García M, Martínez R. Enfermería y envejecimiento. 1ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2012. 61-100

2.- Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm.299; 15-12-2006

3.- Vicente A. La Atención a la dependencia. Millán J.C. Gerontología y geriatría. 1ªed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2011. 147-169.

4.-Marín P. Fragilidad en el Adulto Mayor y Valoración Geriátrica Integral. Reumatología 2004; 20(2):54-57.

5.-Rexach Cano L, Verdejo Bravo C. Incontinencia Urinaria. Sistema Nacional de Salud 1999; 23(6):149-159

6.-Rodríguez Rivera L. GEROINFO. Publicación de Gerontología y Geriatría RNPS. 2110. 1 (1) 2005.

7.-Instituto gerontológico de salud. <http://www.igerontologico.com/salud/sindromes-geriatricos/caidas-6444.htm>

8.-Sociedad española de geriatría y gerontología. www.segg.es

9.- Elsevier. www.elsevier.es (síndromes geriátricos).