Grandes síndromes geriátricos (GSG)

Dr. Joel Rondón Carrasco. Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Guillermo González Polanco. Guisa, Granma. E-mail. joelrondon@infomed.sld.cu

Objetivos

1. Reconocer la presentación de las enfermedades en el adulto mayor.

2. Definir las características comunes de los síndromes geriátricos.

3. Establecer los parámetros esenciales para el diagnóstico de los síndromes geriátricos particulares.

Sumario

- Presentación de las enfermedades en el adulto mayor.
- Síndromes geriátricos. Antecedentes históricos. Concepto.
- Características. Importancia de su reconocimiento.
- Principales criterios diagnósticos.
- Conducta.

Grandes síndromes geriátricos (GSG)

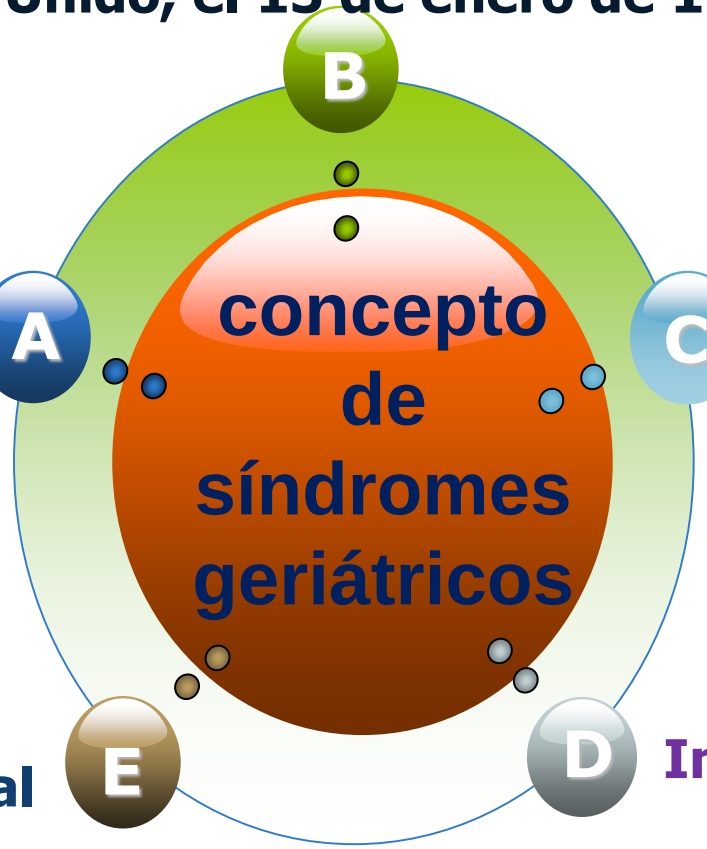
Presentación de las enfermedades en el adulto mayor.

Presentación atípica. Desviación del modelo clásico de presentación de las enfermedades.	**Presentación silente.** Ausencia o atenuación de los hallazgos típicos, que también puede ser considerada como presentación atípica. Entre los ejemplos más notorios se encuentra el infarto de miocardio indoloro, las infecciones sin fiebre, la peritonitis sin dolor y el hipertiroidismo apático.
Presentación tardía. Tendencia de las enfermedades a presentarse en sus formas avanzadas esto puede tener su origen debido a la mala interpretación por parte del paciente de los síntomas iniciales, que los atribuye al proceso de envejecimiento; así como el temor de perder su independencia por hospitalización; y en ocasiones a errores del médico por no dar importancia a los síntomas iniciales.	**Presentación seudosilente.** El anciano acude con un cuadro clínico complicado y el médico, por prejuicio o por ignorancia no hace una verdadera valoración y no identifica los factores remediables. Esto sucede con frecuencia en los pacientes con “crisis sociales”, en los que el médico atribuye todos los males al problema social.

Grandes síndromes geriátricos (GSG)

Reseña histórica

En la conferencia de apertura de la cátedra de Medicina de la Universidad de Birmingham del Reino Unido, el 13 de enero de 1976.



Fue emitido por primera vez bajo el nombre de "Los Gigantes de la Geriatría" por el médico inglés Bernard Isaacs

Describió inicialmente cuatro: Inmovilidad

Inestabilidad, Incontinencia

Deterioro intelectual

Reseña histórica (continuación)

Intellectual impairment: demencia y síndrome confusional agudo, entre otros.

Incontinence: incontinencia urinaria y fecal

Instability: inestabilidad y caídas

Definidos por Kane, en 1989, en su libro Essentials of Clinical Geriatrics como problemas geriátricos

Permitiendo a través de una regla nemotécnica su memorización por medio de la regla de las "ies":

Immobility: inmovilidad

www.themegallery.com

Grandes síndromes geriátricos

Concepto

1. Situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas y signos,
2. cuadros patológicos no enmarcados en las enfermedades habituales,
3. son la presentación más frecuente de las enfermedades en el adulto mayor,
4. pueden provocar pérdida de la funcionalidad, dependencia o la aparición de otro síndrome
5. Condiciones de salud multifactoriales, propias del paciente anciano que exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento.

Grandes síndromes geriátricos (GSG)

Características o atributos comunes

- Múltiple causalidad.
- Privan al paciente de su independencia.
- Presentan baja letalidad.
- Casi nunca responden con rapidez a medidas terapéuticas simples.
- Causan consecuencias más graves que el síntoma en sí mismo.

Grandes síndromes geriátricos (GSG)

Grandes síndromes geriátricos (GSG)

Relación de los GSG reconocidos en la actualidad:

Aunque inicialmente fueron reconocidos cuatro, con el desarrollo de la espacialidad Geriatría han sido descriptos y fundamentados otros que como hemos visto mantienen puntos coincidentes, independientemente que cada tiene sus particularidades.

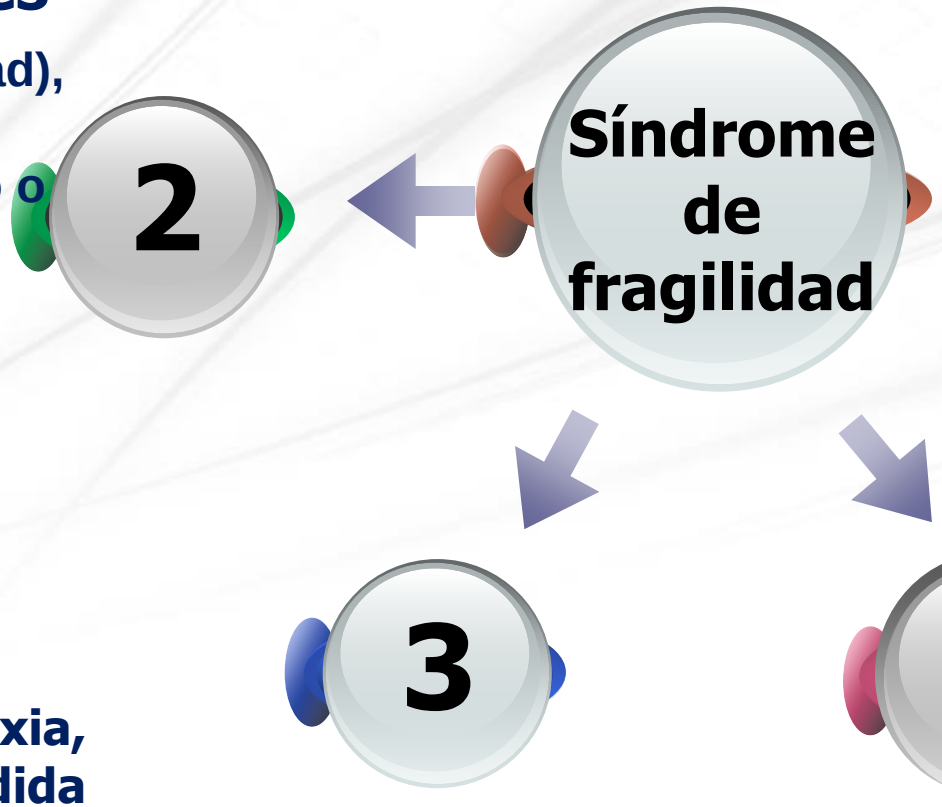
Grandes síndromes geriátricos (GSG)

Síndrome de fragilidad: concepto

El termino fragilidad ha variado a lo largo del tiempo, y fue conceptualizado como: → **riesgo de "romperse",** → **aumento del riesgo de morir,** → **susceptibilidad inusual de enfermar,** → **pérdida de la fuerza y la resistencia.**

Fragilidad es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica que se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos, y que se manifiesta en mayor morbilidad y mortalidad. Para definir la fragilidad como un síndrome, las alteraciones deben presentarse combinadas.

Síndrome de fragilidad: causas



Causas fisiopatológicas

Aterosclerosis, EPOC, Anemia, Diabetes mellitus, Proteína C reactiva, Disminución de vitamina D, Sarcopenia, Dolor

Causas funcionales

sedentarismo, inmovilidad), causas nutricionales malnutrición por exceso o déficit)

Síndromes

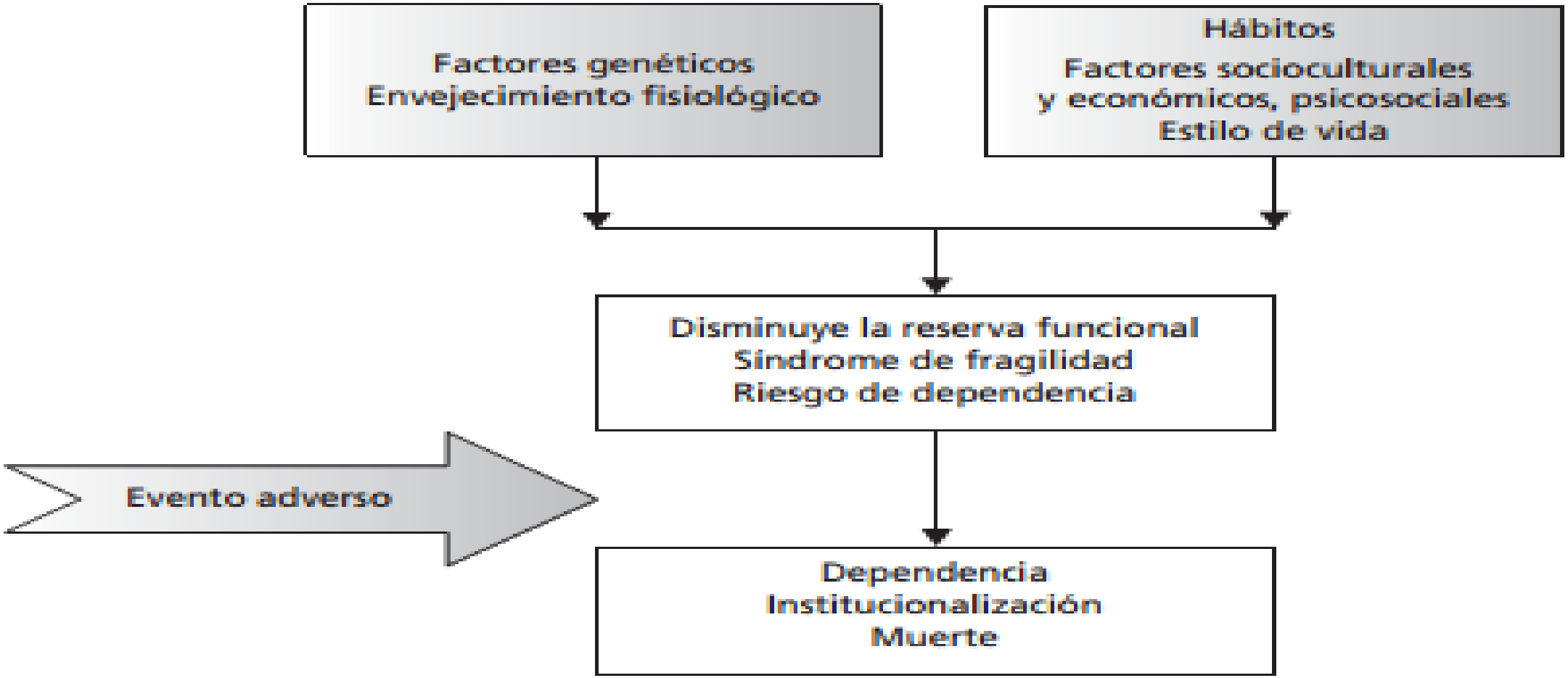
(astenia, anorexia, adinamia, perdida de peso)

Factores psicosociales (depresión).

Manifestaciones clínicas

1. **Debilidad**
2. **Fatiga**
3. **Pérdida de peso**
4. **Baja actividad física**
5. **Bajos niveles de actividad**
6. **Disminución de la velocidad de la marcha**
7. **Alteraciones en la movilidad**
8. **Deterioro cognitivo**
9. **Problemas sociales**
10. **Mayor vulnerabilidad a eventos adversos**

Síndrome de fragilidad.



Síndrome de fragilidad

Conducta. Su manejo se basa en la respuesta "Geriátrica" que incluye la evaluación geriátrica completa, y el manejo basado en problemas por un equipo multidisciplinario. Las intervenciones que mayor beneficio han demostrado son las nutricionales y los programas de ejercicio supervisado.

Medidas de prevención: nutrición adecuada, ejercicios de resistencia, prevención cardiovascular, manejo del dolor, socialización evitando el aislamiento y la depresión.

Medidas para intentar revertir la fragilidad: manejo de las enfermedades concomitantes, el manejo o reemplazo hormonal, entre otras acciones según el diagnostico.

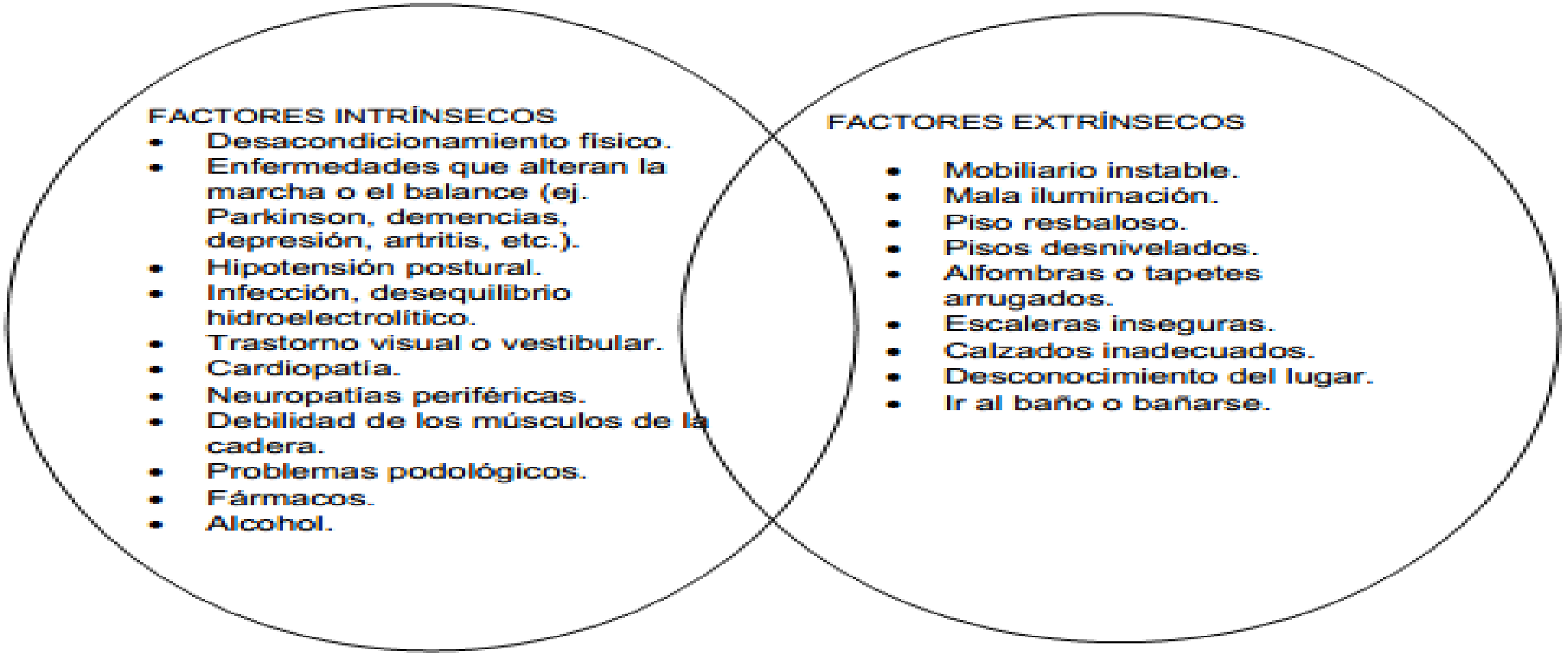
Síndrome de caídas

Concepto: consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita a la persona al suelo contra su voluntad, es un problema común en población geriátrica, se deben a la interacción de múltiples factores. Factor de riesgo para nuevas caídas, y puede ser la primera manifestación de enfermedad. La posibilidad de lesión posterior aumenta con cada evento. Algunos pacientes ocultan las caídas. Tienen importantes repercusiones físicas, psicológicas, económicas y sociales.

El 80 % ocurren en el domicilio, el 30% de las personas adultas mayores que viven en la comunidad se cae una vez al año, son más frecuentes en mujeres. Son causa de muerte para más del 30 % de los adultos mayores que viven en la comunidad, porcentaje se eleva en hospitalizados o residentes en instituciones.

Clasificación: accidental, repetida y prolongada.

Síndrome de caídas. Factores de riesgo



Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. 4ta ed. Washington; 2004.

www.themegallery.com

LOGO

Síndrome de caídas

Examen físico completo, con especial énfasis en:

- **Presión arterial acostado y de pie.**
- **Agudeza visual, campo visual y evaluación de baja visión.**
- **Cardiovascular: arritmias, soplos.**
- **Extremidades: artrosis degenerativa, venas varicosas.**
- **Deformidades podálicas, zapatos mal ajustados.**
- **Neurológico: valoración de la marcha y el equilibrio.**

Valoración y tratamiento del daño agudo:

- **Historia de la caída.**
- **Actividad que realizaba.**
- **Síntomas premonitorios.**
- **Lugar de la caída.**
- **Pérdida del conocimiento.**
- **Historia de caídas previas (similares diferentes).**
- **Antecedentes patológicos personales.**
- **Uso de medicamento.**
- **Historia social.**

Tests de screening: Minimental, Escala de depresión geriátrica, Agudeza visual y Escala de Tinetti. Romero Cabrera Á J. Asistencia clínica al adulto mayor. 2da. ed. La Habana: ECIMED, 2012.

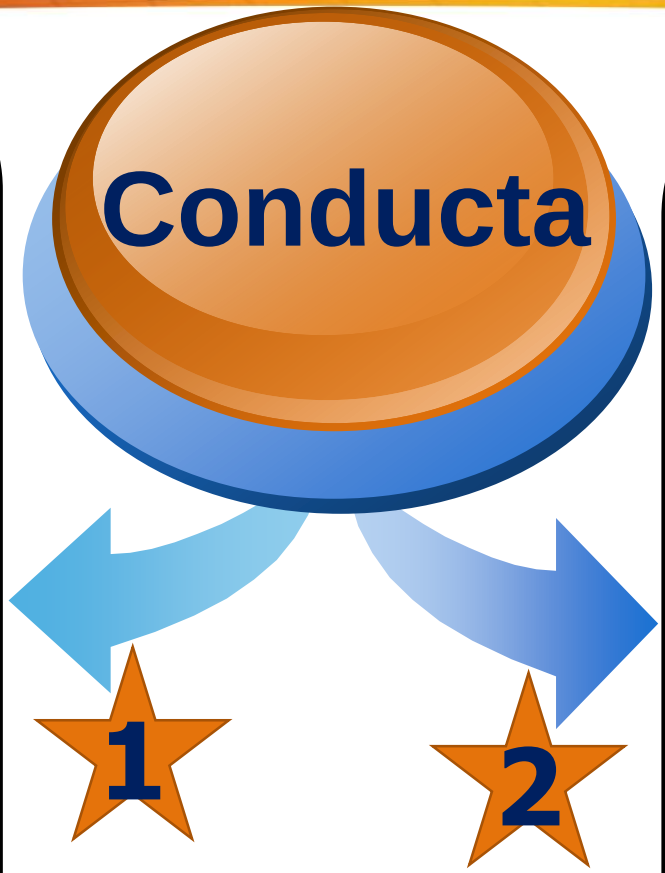
www.themegallery.com

LOGO

Síndrome de fragilidad

Prevención de las caídas.

- Identificar adultos mayores de riesgo (utilizar factores de detección).
- Actuar de manera personalizada sobre los factores de riesgo identificados.
- Enseñar medidas de autocuidado (actividad física regular).
- Enseñar como disminuir riesgos domiciliarios y extradomiciliarios.
- Enseñar como actuar en caso de caída.
- Dar acceso a cuidados podológicos.
- Enseñar sobre la importancia del calzado adecuado.



Tratamiento específico de la causa de la caída.

Ello puede incluir de forma genérica:

- Tratar los factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo que se encuentren.
- Corregir la polifarmacia.
- Ofrecer rehabilitación.
- Evaluar necesidad de auxiliares de la marcha y entrenar en su utilización.

Síndrome de inmovilidad: desacondicionamiento

Concepto: caracterizado por una reducción marcada de la tolerancia al ejercicio (respuesta taquicardizante, hipertensión arterial, disnea...), debilidad muscular progresiva y, en casos extremos, pérdida de los automatismos y reflejos posturales, que imposibilitan la deambulación.

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida. El anciano inmovilizado es considerado un paciente de alto riesgo de complicaciones médicas, dependiente y candidato a institucionalización.

Se puede distinguir: una inmovilidad relativa, es capaz de movilizarse con menor o mayor independencia, y una inmovilidad absoluta, el encamamiento crónico, estando muy limitada la variabilidad postural. La inmovilidad puede ser aguda y crónica.

Síndrome de inmovilidad (desacondicionamiento).

CAUSAS

1

- Inestabilidad y miedo a caídas.
- Caídas y sus consecuencias: traumas, fracturas.
- Incontinencia urinaria o fecal.
- Afecciones neuropsiquiátricas: enfermedades cerebrovasculares, confusión mental, demencia, depresión, enfermedad de Parkinson, tumores cerebrales, entre otras.
- Afecciones cardiopulmonares.
- Estatus posoperatorio.

2

- Afecciones osteomioarticulares que provocan dolor y rigidez: osteoartritis, osteoporosis, artritis reumatoidea, Gota, entre otras.
- Pérdida de visión o audición.
- Iatrogenia: Psicofármacos, hipotensores.
- Debilidad generalizada por cualquier enfermedad o condición.
- Hospitalización.
- Causas sociales.

Síndrome de inmovilidad (desacondicionamiento)

COMPLICACIONES DE LA INMOVILIDAD:

- Úlceras por decúbito (por presión).
- Balance negativo del sodio-potasio.
- Contracturas.
- Disminución del calcio y fósforo.
- Estreñimiento.
- Trombosis y embolia.
- Incontinencia urinaria.
- Reducción de los volúmenes Sanguíneos.
- Atrofia muscular.
- Insuficiencia respiratoria (neumonía).
- Hipotensión ortostática.
- Depresión.
- Cambios físicos asociados a deprivación sensorial.
- Deprivación social.

Diagnóstico.

- Valoración geriátrica exhaustiva.
- Identificación de los factores riesgos, causas.
- Estado de salud previo.
- Exámenes para morbilidad oculta.
- Identificar complicaciones.
- Establecer un pronóstico.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. 4ta ed. Washington; 2004.

Síndrome de inmovilidad (desacondicionamiento)

Evitar en todo lo posible que cualquier entidad lleve al paciente a este estado.

Medidas terapéuticas.
Tratamiento etiológico, revisar la terapéutica medicamentosa, corregir las deficiencias nutricionales, fisioterapia, uso de ayudas técnicas, enfatizar el logro de la independencia funcional, motivar y apoyar psicológicamente al paciente, la familia y los cuidadores.

www.themegallery.com

Síndrome de deterioro cognitivo

Alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores (memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad) de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas, y que generalmente es multifactorial.

Déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, incluye la posible existencia de alteraciones en las actividades de la vida diaria que no precisan de ayuda/supervisión de tercera persona y que permiten al sujeto realizar una vida independiente en la sociedad y sin que se cumplan criterios de demencia.

Síndrome de deterioro cognitivo

Concepto cont.:

La Sociedad Española de Neurología propone criterios para la alteración cognitiva (cualquier queja refrendada por un informador) y el deterioro cognitivo ligero, leve (si se constata, además, una disminución en el rendimiento cognitivo).

El reconocimiento en fases precoces del deterioro cognitivo es muy importante, por la existencia de causas tratables y porque permitirá incluir medidas preventivas, terapéuticas y planificar los cuidados.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) plantea continuar profundizando en mejorar y estandarizar su definición y subtipos, perfeccionar los instrumentos neuropsicológicos de detección e identificar aquellos individuos en riesgo de progresión a demencia.

LOGO

Síndrome de deterioro cognitivo

Factores de riesgo

Están relacionados con aspectos etiológicos o etiopatogénicos de la enfermedad.

- **Edad cronológica**
- **Factores genéticos**
- **Factores cardiovasculares**
- **Factores sensoriales**

www.themegallery.com

Deterioro cognitivo.
Diagnóstico-Valoración geriátrica integral

1. Historia clínica, comienzo, naturaleza y evolución en el tiempo de la sintomatología, fármacos utilizados por el paciente.

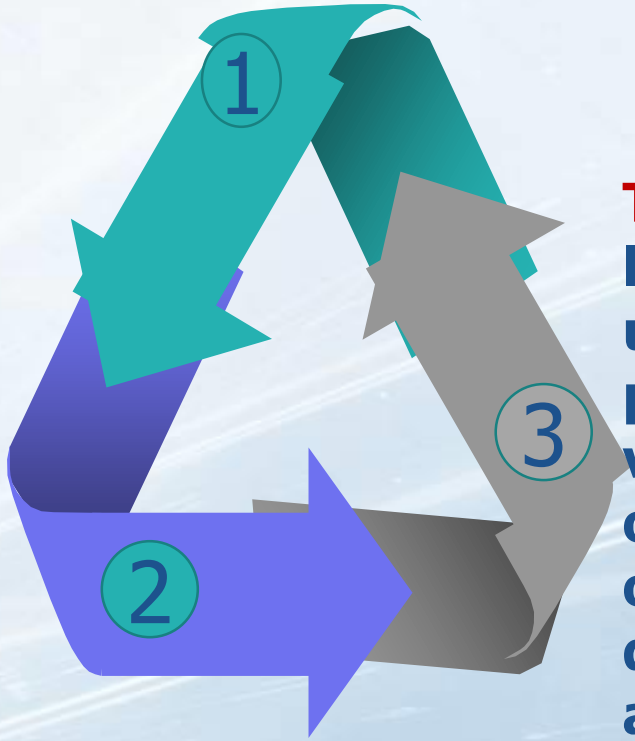
2. Comorbilidad, exploración clínica y neurológica, valoración cognitiva, mental y funcional en específico.

3. Uso de pruebas (instrumentos de evaluación):Mini-Mental State Examination de Folstein, Test de Pfeiffer o Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), l Cognitive Assessment, MMSE, Rowland Universal Dementia Assessment o Addenbrooke's Cognitive Examination, entre otros de uso escalonado o combinado.

Síndrome de deterioro cognitivo: Conducta

1 **Se han desarrollado diversas modalidades terapéuticas que también dependen de medio asistencial, el familiar, el entrenamiento del equipo terapéutico, modificación de posibles factores de riesgo. La Sociedad Española de Geriatría propone:**

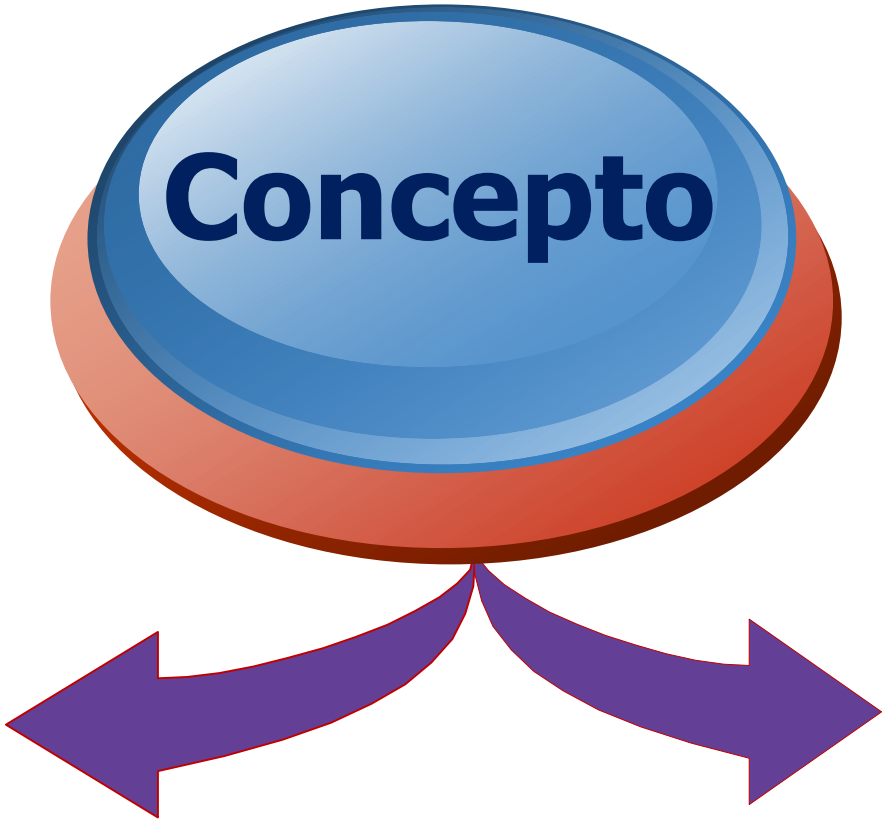
2 **Terapias no farmacológicas: estimulación cognitiva, entrenamiento cognitivo, rehabilitación cognitiva, musicoterapia, apoyo y psicoterapia, intervenciones sensoriales, arteterapia, ejercicio físico, entre otras opciones.**



3 **Terapias farmacológicas de la enfermedades de base, uso de fármacos específicos para trastornos vasculares, vitaminoterapia, entre otros. Las diferentes opciones casi siempre deben ser combinadas adaptadas a cada paciente.**

Síndrome de incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina desde la vejiga. Pérdida involuntaria de orina ocurrida en al menos seis ocasiones durante el año o cualquier historia evidente de goteo inducido por estrés o urgencia, es considerada incontinencia urinaria.



Esta pérdida ocurre habitualmente por vía uretral, pero también puede haber escape de orina a través de fístulas (ej. vesicovaginal, uretrovaginal), las cuales constituyen una entidad aparte, pero siempre deben ser consideradas y sospechadas en el diagnóstico diferencial de la Infección Urinaria.

Siempre es patológica y no un cambio normal de la edad. Pueden diferenciarse: Incontinencia de esfuerzo, Incontinencia imperiosa, Incontinencia por rebosamiento, Incontinencia funcional, Incontinencia mixta.

LOGO

Incontinencia urinaria: factores de riesgo

1. **Inmovilidad**
2. **Sexo femenino**
3. **Hospitalización**
4. **Infecciones del tracto urinario**
5. **Retención urinaria**
6. **Depresión**
7. **Impactación fecal**
8. **Cirugía pélvica previa**
9. **Trastornos neurológicos**
10. **Medicación: Diuréticos, Anticolinérgicos, Antidepresivos, Analgésicos**
11. **Narcótico, Antipsicóticos, Hipnóticos, Alfa adrenérgicos agonistas, IECA, Alcohol, Calcio antagonistas.**

Incontinencia urinaria: diagnóstico

1. **Depende casi en su totalidad de que el médico pregunte acerca de su existencia.**

2. **Valoración geriátrica integral: Antecedentes patológicos, comorbilidad, cirugías, siempre descartar una causa obstructiva en el hombre antes de iniciar tratamiento.**

3. **Examen físico precisando las causas. Estudios de los órganos excretores renales humorales e imagenológicos simples y contrastados. Determinación del residuo postmiccional.**

Incontinencia urinaria: conducta

1. **Medidas generales.**
2. **Tratamiento farmacológico.**
3. **Tratamiento quirúrgico.**
4. **Siempre descartar una causa obstructiva en el hombre antes de iniciar tratamiento. La retención aguda de orina es una urgencia urológica.**
3. **El paciente debe ser referido a Urología o Geriatría cuando las medidas implementadas para tratar la Incontinencia Urinaria Aguda fracasan o bien si el paciente presenta Incontinencia Urinaria persistente que no mejora con las medidas iniciales.**

www.themegallery.com

Autoevaluación

1

¿Cuáles son las características de los Grandes Síndromes Geriátricos?

2

Relacione los principales Grandes Síndromes Geriátricos en la práctica medica geriátrica.

3

¿Qué características diagnósticas y terapéuticas resumen los principales Grandes Síndromes Geriátricos?

Conclusiones

Es importante reconocer en la práctica medica la presentación particular de las enfermedades en el adulto mayor, y hacer un diagnóstico correcto de los grandes síndromes geriátricos apelando a sus características, lo que permite un abordaje satisfactorio del proceso salud enfermedad en estas edades de la vida.

Bibliografía

1. Ana Alfaro Acha A, Carbonell Collar A. Bases de la valoración geriátrica. En: Pedro Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de medicina geriátrica. España: Elsevier; 2015. p. 164 - 171.

2. Arango Lopera V E, Pérez Zepeda M U. Síndromes geriátricos. En: Gutiérrez Robledo L M, García Peña M C, Arango Lopera V E, Pérez Zepeda M U. Geriatría para el médico familiar. México D. F.: Editorial El Manual Moderno. 2012. p. 372 - 405.

3. Baster Moro J C. Glosario de términos y definiciones. Geriatría y Gerontología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.

4. Cardoso Lunar N, Leyva Salermo B, Menéndez Jiménez J, Prieto Ramos O, Rodríguez Rivera L, Vega García E. Afecciones comunes del adulto mayor. En: Matarama Peñate M. Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 680 - 97.

Bibliografía

5. Enrique Vega García, Jesús Menéndez Jiménez, Lilliams Rodríguez Rivera, Magalys Ojeda Hernández, Norma Cardoso Lunar, Niurka Cascudo Barral, Alina González Moro, Luis Felipe Heredia Guerra, Bárbara Leyva Salerno, Osvaldo Prieto Ramos. Atención al adulto mayor. En: Álvarez Sintes R, Hernández Cabrera G, Baster Moro JC, García Núñez R D. Medicina General Integral. Vol. II. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 488.

6. Kaplan R, Jauregui J R, Rubín R K. Grandes Síndromes Geriátricos. Argentina: Edimed-Ediciones Médicas SRL; 2009.

7. Llibre Rodríguez J J. Diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. En: Atención a las personas con demencias y enfermedad de Alzheimer. La Habana: Editorial Ciencia Médicas; 2013. p. 56 - 87.

8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. 4ta ed. Washington; 2004.
9. Roca Goderich R, Smith Smith V V, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamos Sierra N, et al. Geriatría y Gerontología. En: Temas de Medicina Interna. T. I. 4ta ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 533 - 58.

Bibliografía

5. Romero Cabrera Á J. Asistencia clínica al adulto mayor. 2da. ed. La Habana: ECIMED, 2012.

6. San Joaquín Romero A C, Fernández Arín E, Mesa Lampré M P, García-Arilla Calvo E. Afecciones comunes del adulto mayor. Valoración geriátrica integral. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatría por residentes. Madrid: International Marketing & Communication; 2006. p. 59 - 68.

7. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso. [Documento en internet]. [Citado 2018 jul 10] Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf

8. W Seeley W, Miller B L. Manifestaciones cardinales y presentación de enfermedades. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Larry Jameson J, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19na ed. Madrid: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES; 2016. p. 7 - 97.

9. W. Besdine R. Abordaje del paciente anciano. En: S. Porter R. Manual Merck de Geriatría. Kenilworth, NJ: Merck Sharp & Dohme; 2016. p. 5 - 30.