



Odalis Guadalupe García López

Dr. Carlos Manuel Hernández

Tema: Síndromes geriátricos

Materia: Geriatria

Sexto semestre

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de abril de 2025

Fragilidad.

1. Definición

Fragilidad es un Síndrome clínico. Aumenta la vulnerabilidad del adulto mayor a eventos adversos de Salud

- Puede ser detectada a tiempo.
- Enfoques utilizados para medir:
 - Fenotipo de fragilidad (Fried).
 - Acumulación de déficits (Índice de fragilidad).

2. Epidemiología

Varía entre el 12-24% en comunidad y hasta 50% en unidades de cuidados crónicos.

3. Factores de Riesgo

- Cambios fisiológicos
- Nutrición Inadecuada
- Aislamiento Social.
- Enfermedades crónicas
- Sedentarismo

4. Herramienta para su Identificación.

- Fried → Se basa en 5 criterios, una persona se considera frágil si cumple con 3 o más.
- Índice de acumulación de déficits → Considera síntomas, enfermedades.
- Cuestionario de FRAIL → Evalúa la fragilidad de una persona a partir de 5 ítems.

Recomendaciones.

- Tamizaje Sistemático en adultos mayores de 70 años
- Evaluar al menos dos semanas después de una enfermedad aguda para evitar falsos positivos.

5. Estrategias terapéuticas.

- Actividad física como: aeróbica, resistencia, marcha/equilibrio.
- Descripción de fármacos en potencia inapropiada.
- Suplemento nutricional y proteico 1.2 a 1.5 g/Kg de peso.
- Suplemento de Vitamina D → Adultos con deficiencia de ella.

Sarcopenia

1.- Definición.

La Sarcopenia es reconocida como un síndrome geriátrico que implica una pérdida de la masa esquelética, acompañada de una disminución en la fuerza y rendimiento físico.

Lo que conlleva a la discapacidad física, disminución de la calidad de vida y mayor riesgo de mortalidad.

2.- Epidemiología

- A partir de los 30 años, se empieza a perder masa muscular de una manera progresiva.

Pérdida aproximada en el adulto:

- 8 % de masa muscular por década después de los 40 años.
- 15 % por década a partir de los 70 años.

Prevalencia del 10 % al 20 % en adultos mayores de 60 años.

- 50 % en adultos mayores con enfermedades crónicas.

3.- Factores de Riesgo

Biológicos y fisiológicos:

- Envejecimiento * Factor principal.
- Disminución de hormonas anabólicas: Testosterona, Estrógeno, IGF-1.
- Reducción de la actividad de células regeneradoras de músculo.
- Aumento de la inflamación ($\uparrow$ IL-6, TNF- α).

Estilo de vida:

- Inmovilidad prolongada.
- Baja ingesta proteica $\rightarrow$ Desnutrición.
- Alcoholismo - Tabaquismo.

Condiciones médicas asociadas.

- Enfermedades crónicas
- Encamamiento prolongado
- Trastornos neuromusculares
- Enfermedades reumatológicas.

4.. Clasificación

Sarcopenia primaria.

- Envejecimiento.
- Relacionado con disminución de síntesis de proteínas, reducción de la producción de IGF-1

Sarcopenia Secundaria.

Asociada a otras causas además del envejecimiento.

Subtipos:

- Por desuso: Inmovilidad, Sedentarismo, hospitalización prolongada.
- Por enfermedad: Inflamatorias, endocrinas, tumorales.
- Por malnutrición: Deficiencia energética o proteica.

5.. Manifestaciones clínicas.

- Disminución de la fuerza muscular.
- Reducción de la velocidad de la marcha
- Dificultad para realizar actividades diarias: subirescaleras o levantar-se de una silla.
- Mayor riesgo de caídas.

Sarcopenia grave: Pérdida total de funcionalidad y alta discapacidad.

6.. Diagnóstico.

Criterios Diagnóstico EWGSOP

- Masa muscular: DEXA, BIA, RMN, Tomografía.
- Fuerza muscular: Dinamometría.
- Rendimiento físico: velocidad de la marcha. (prueba de levantarse de la Silla).

SARC-F. Tamisaje.

- Evalúa funcionalidad y Riesgo de Sarcopenia.
- Con 5 preguntas: Fuerza, caminar, levantarse de silla, subirescaleras, caídas
- $\geq 4 \rightarrow$ Sugiere Sarcopenia.

7. Tratamiento.

- Ejercicio Físico : El tratamiento más eficaz.
 - Enfocados en ejercicios de resistencia y fuerza
 - Mejora fuerza muscular, masa magra y equilibrio.

Nutrición adecuada.

- Ingesta proteica adecuada (1.2 - 1.5 g/Kg / día).
- Reparto de proteínas debe distribuirse equitativamente en las comidas
- Ingesta Suficiente de vitamina D.

Suplementos: Creatina, Leucina, HMB.

Síndrome de caídas.

1.- Definición.

Las caídas se definen como la precipitación repentina e involuntaria de una persona hacia un plano inferior, sin importar si hubo o no lesiones.

- Reconocida por síndrome geriátrico dada su alta prevalencia.

2.- Epidemiología.

- Son la quinta causa de muerte en el mundo.
- 66 % corresponden a caídas
- 75 % en pacientes mayores de 65 años
- 1 de cada 10 pacientes que caen, pueden morir como consecuencia.

3.- Causa de caídas.

Puede ser multifactorial debido que existen condiciones propias del paciente (intrínsecos) y factores del entorno (extrínsecos).

► Intrínsecos:

- Alteraciones de la marcha.
- Déficits visuales y auditivos
- Neurológicas: Parkinson, demencia.
- Musculatura esqueléticas: sarcopenia.
- Vasculares.
- Uso de medicamento: sedación.

► Extrínsecos:

- Obstáculos en el hogar.
- Uso Inapropiado o ausencia de ayudas técnicas (bastones).
- Superficies resbaladizas
- Camas muy altas.

4.- Factores de Riesgo:

- Polifarmacia: > 3 medicamentos
Benzodiazepinas, antidepresivos, neurolepticos, hipoglucemiantes.
- Pluripatología:
Depresión, Incontinencia urinaria, Articulares degenerativas
- Deterioro funcional y mental
- Trastornos de la marcha y equilibrio.

5. Manifestaciones clínicas:

- Desequilibrio al caminar
- Caídas recurrentes
- Miedo al caminar
- Dolor post caída

6. Complicaciones

- Lesiones de tejido blandos:
Equimosis, Hematomas.

• Fracturas

1. Muñeca (colles)

4. Húmero

2. Cadera (fractura más grave)

5. Costillas

3. Femur

6. Vertebras

- TCE → Si el paciente toma anticoagulantes.

7. Diagnóstico

► Historia clínica detallada

- Número de caídas, medicamentos, enfermedades previas.

► Evaluación funcional y física.

Romberg, Tinetti → Pruebas de equilibrio.

Velocidad de la marcha.

Timed Up and Go → Prueba de levantarse de la silla.

Evaluación del hogar.

Estudios de Imagen.

8. Tratamiento

Fracturas → Quirúrgico por fijación interna o externa.

► Rehabilitación postoperatoria:

- Terapia acuática → Mejorar la confianza y equilibrio.
- Tai chi → Fortalecer músculos, mejorar balance y flexibilidad.
- Caminata.

9. Herramientas para la Marcha.

- Bastón (Requisito de fuerza en la mano, codo, hombro).
- Andaderas (proporciona estabilidad y soporte al paciente).
- Calzado adecuado.:

Anchos para evitar presión

Buen Soporte

Suela anti deslizante para mayor seguridad.

Síndrome De Inmovilidad

1.- Definición.

La Inmovilidad se define como la disminución de la capacidad para realizar actividades diarias debido al deterioro de las funciones motoras.

La movilidad es clave para la autonomía y depende de factores físicos, cognitivos, sensoriales, emocionales y del entorno.

► Características en el adulto mayor.

- 1.- Inmovilidad relativa: Vida sedentaria con algo de movilidad.
- 2.- Inmovilidad absoluta: Encamamiento crónico con riesgo de complicación
- 3.- Debilidad muscular progresiva: Pérdida de reflejos.
- 4.- Disminución de la tolerancia física: Taquicardia o disnea.

2.- Epidemiología.

- La Inmovilidad aumenta con la edad, más común en mujeres.
- A partir de los 80 años, la prevalencia sube a 25 - 27 %.
- 50 % presenta problemas de movilidad y 30 % Inmovilidad.

3.- Cambios fisiológicos que condicionan la Inmovilidad.

- 1.- Sistema musculoesquelético: Pérdida de masa, fuerza y velocidad muscular.
- 2.- Sistema nervioso: Reflejo más lento, disminución de sensibilidad vista y oído.
- 3.- Sistema cardiovascular: menor capacidad de bombeo.
- 4.- Sistema respiratorio: Reducción de elasticidad pulmonar y capacidad aeróbica.

4.- Grupo de Riesgo.

- Adulto mayores Sedentarios
- Adulto mayor Frágil
- Indicador de riesgo: Velocidad de marcha < 0.8 m/s.

5. Etiología. (Multifactorial en el 80% de los casos).

- Causas Sociales
 - Soledad, abandono, falta de apoyo.
- Cambios Ambientales.
 - Barreras arquitectónicas, falta de ayudas técnicas.
- Comorbilidades de enfermedades propias del paciente.

6. Complicaciones.

Orgánicas:

- Piel: Úlceras por presión.
- Neurológicas: Delirium, Depresión, Pérdida del equilibrio.
- Muscular: Atrofia, debilidad, contracturas.
- Cardiovascular: Hipotensión ortostática, trombosis.
- Respiratorio: Atelectasias, Neumonía por aspiración.
- Gastrointestinal: Pérdida de apetito, estreñimiento, Impactación fecal.
- Genitourinario: Incontinencias.

Psicológicas:

- Síndrome de Incapacidad aprendida, miedo a caer.

Sociales:

Incapacidad para el autocuidado.

7. Diagnóstico.

- Anamnesis.

Determinar el grado de actividad basal.

Evaluar actividades básicas e Instrumentadas.

Identificar factores de riesgo.

- Exploración física.

Evaluación completa de sistemas.

Observar movimientos: Cama, marcha.

- Pruebas funcionales.

Escala de Tinetti: mide balance (máx 16 puntos) marcha (máx

Barthel → Evaluar actividades avanzadas.

12 puntos).

- Velocidad de la marcha: caminar 6 metros en $<$ de 4.8 segundos.
- Prueba "Timed Up and Go": Levantarse, caminar 3 m, girar y sentarse en menos de 20 segundos.

▶ Adicional: Masa magra Corporal: Medida por bioimpedancia → Mejor predictor de mortalidad que el IMC en ancianos.

8.- Tratamiento.

- Intervención rápida para evitar complicaciones.
- Hidratación, Nutrición, control de dolor y Sueño adecuado.
- Medicamentos: Revisar y retirar los Inmecesarios (Sedantes).
- Ejercicio y fisioterapia adaptados a la movilidad.

▶ Prevención.

Ejercicio físico regular: Principal medida preventiva.

Uso de IECA en hipertensos podría favorecer la masa muscular.

▶ Adaptaciones en el hogar.

- Camas: Ajustar la altura
- Mobiliario: Espacio libre, muebles firmes
- Puertas: Apertura fácil, sistema de cierre lento
- Escaleras: Pasamanos, rampas si es posible.

Demencias : Enfermedad de Alzheimer.

1. Definición.

Es una enfermedad Cerebral que destruye lentamente la memoria y las habilidades del pensamiento.

2. Epidemiología.

• En Latinoamérica la prevalencia es del 8-10%, y en México del 8.6-10% en zonas Urbanas y 8.5-10% en rurales.

3. Fisiopatología.

► **Familiar** : Hereditaria, con Inicio antes de los 55 años, asociada a mutaciones en los genes APP (cromosoma 21), PSEN1 (14) y PSEN2 (1).

► **Esporádica** : "Más común Influída por factores ambientales y predisposición genética.

" Principal factor de riesgo genético es el Alelo APOE4."

► **Hipótesis Amiloide** : Acumulación del péptido beta-amiloide, la forma Aβ42, ya que esta forma es más tóxica y tiende agregarse formando placas.

► **Hipótesis TAU** : La acumulación de proteína tau hiperfosforilada en forma de marañas neurofibrilares.

4. Criterios diagnósticos.

• Deterioro significativo en la memoria episódica :

Cambio progresivo con duración > 6 meses.

Confirmado con pruebas neuropsicológicas.

"Escala Mini-Mental de Folstein (MMML)." → Evalúa la Función Cognitiva

• Atrofia temporal medial en adultos y ancianos.

• Biomarcadores LCR

• Imagen funcional (PET) → Detección de depósitos de Beta-amiloide o tau.

5. Factores Adicionales:

• Apnea obstructiva del Sueño

• Hiperhomocisteinemia.

• Deficit de Vitamina B12 y D

• Enfermedades cardiovasculares

Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer

6. Tratamiento.

- Inhibidores de la Colinesterasa, Donepezilo, Rivastigmina, Galantamina.
- Antagonista del Receptor NMDA, Memantina.

Actuales: Aunque mejoran síntomas cognitivos, NO detienen la Neurodegeneración.

Demencias : Deterioro Cognitivo Vascular.

1. - Definición :

Reducción significativa de la capacidad mental que interfiere con la vida cotidiana.

2. - Clasificación de DVA :

- Demencia post-ictus : Aparece dentro de los 6 meses tras un ictus.
- Demencia vascular isquémica subcortical.
- Demencia multiinfarto cortical.
- Demencia mixta : Coexisten patologías.

3. - Dominios cognitivos afectados :

1. - Evolución de los déficits cognitivos : El deterioro puede ser gradual.

2. - Funciones afectadas : Funciones ejecutivas y la velocidad están afectadas : Recuerdo tardío, contenido visual.

3. - Evaluación clínica : 5 dominios : Función ejecutiva, atención, memoria, lenguaje, y función visuoespacial.

4. - Diagnóstico.

Por Imagen : La RM fundamental para la detección y cuantificar las alteraciones cerebrales.

Anomalías comunes :

- Hemorragias : Intracraneales y subaracnoides focales.
- Atrofia cerebral.
- Neurodegeneración secundaria : Lesiones subcorticales y el adelgazamiento cortical en regiones conectadas.

Instrumentos de Evaluación :

Montreal Cognitive Assessment (MoCA). → Prueba rápida de 10 minutos que cubre los 5 dominios básicos.

- Periodos post-ictus → usan pruebas leves.

► Informant Questionnaire for Cognitive Decline y el AD8 Screening Interview → Ayuda a evaluar la función cognitiva antes del evento vascular.

Demencia: Deterioro (cognitivo) progresivo

Tratamiento

- Control de la presión arterial
- Control de glucemia.
- Dejar de fumar → Se asocia a una reducción en el riesgo de demencia.
- Anticoagulación oral en FA. → Reduce el riesgo de demencia en pacientes con fibrilación auricular.