



Emmanuel Hernández Domínguez

Dr. Carlos Manuel Hernández Santos

Resumen

Geriatría

6-B

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de abril de 2025.

SINDROMES GERIATRICOS

1- Fragilidad

Síndrome clínico que no es sinónimo de discapacidad, sarcopenia o comorbilidad, incrementa la vulnerabilidad a desenlaces adversos, puede ser revertida o atenuada con intervenciones específicas. Tiene una prevalencia del 12-24% en la comunidad y >50% en unidades de cuidados crónicos, afectando mayormente al sexo femenino.

Hay muchos factores de riesgo asociados, incluyen cambios fisiológicos o enf. asociadas al envejecimiento, inflamación, sarcopenia, trastornos endocrinos, polifarmacia, desnutrición, aislamiento y pobreza. Para el diagnóstico en la atención primaria existe un híbrido llamado escala FRAIL, tiene elementos del índice de fragilidad y fenotipo de fragilidad de Fried, incorpora 5 componentes (Fatiga, dependencia, actividad física, comorbilidades, y pérdida de peso), si cumplen 3 criterios se considera un paciente frágil. Para el manejo es fundamental mejorar el estado nutricional y promover ejercicio físico, no existen fármacos aprobados para su manejo.

2- Sarcopenia

La sarcopenia puede ser primaria o secundaria, la primaria es aquella pérdida de masa muscular relacionada con el envejecimiento y la secundaria es aquella relacionada a enfermedades, inactividad o trastornos nutricionales. La pérdida de masa muscular trae como consecuencias la disminución de fuerza, capacidad de autocuidado y disminuye la capacidad del individuo a enfermedades.

En México hay una prevalencia de 34% con predominio en mujeres. Para el diagnóstico lo mejor sería la RM, TC o DEXA, pero debido a que no todos tienen el acceso a esto, se recomienda la bioimpedancia eléctrica o circunferencia de la pantorrilla, con un punto de corte < 30.5 cm. Un cuestionario sencillo y útil para el diagnóstico es SARC-F, que valora fuerza, ayuda para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y caídas, cuya puntuación ≥ 4 indica riesgo de tener sarcopenia.

La prevención y manejo se basa en mantener el equilibrio entre la cantidad de músculo que se destruye y cantidad que se forma, hasta el momento el ejercicio y las intervenciones nutricionales modificando la ingesta proteica, ha demostrado los mejores resultados.

3.- Caídas

Caída se define como la precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntario e insospechado con o sin lesiones secundarias confirmada por el paciente o un testigo. Los accidentes son la 5ta. causa de muerte de muerte y 66% corresponde a las caídas, 75% de este total ocurre en pacientes de ≥ 65 años.

El origen en la mayoría de los pacientes es multifactorial debido a que existen factores de riesgo no modificables intrínsecos como la edad, ser hombre, raza blanca, polifarmacia, enfermedades crónicas trastornos de la función neuromuscular, marcha y reflejos musculares y factores modificables extrínsecos como escaleras, bañeras, mala iluminación, pisos resbalosos, calzado inadecuado, etc. Algunas complicaciones pueden ser fracturas, lesiones de tejidos blandos, TCE o la muerte.

Debido a que la etiología es multifactorial, existe un protocolo para llegar al diagnóstico de la causa que desencadenó la caída, este se basa en historia clínica, descripción de la caída, exploración física y el interrogatorio del ambiente.

Para el manejo, se basa en un equipo multidisciplinario, por eso hay que realizar una valoración geriátrica integral, realizar un interrogatorio para búsqueda intencionada de antecedentes de caída e iniciar protocolo dirigido a buscar la causa, ya sea ambiental o médica.

4. Síndrome de inmovilidad

Se define como la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de funciones motoras. Las características en el anciano son: Inmovilidad relativa, inmovilidad absoluta, debilidad muscular progresiva y encasos avanzados, pérdida de los automatismos, y por último reducción de la tolerancia a la actividad física.

La inmovilidad aumenta con la edad y más aún en las mujeres, en el medio residencial 50% de los ancianos presentan algún problema de movilidad. Los ancianos con riesgo del síndrome de movilidad son los ancianos sedentarios y el anciano frágil. Su etiología pueden ser causas sociales como el abandono, causas ambientales y comorbilidades como enfermedades neurológicas, cardiorrespiratorias, musculoesqueléticas, etc.

El diagnóstico se basa en anamnesis y exploración física exhaustiva, prestando especial atención en sistema cardiorrespiratorio, musculoesquelético y nervioso. El balance y la marcha se puede valorar con la escala de Tinetti, que valora estos dos aspectos, con un puntuación mínima de 0 y máxima de 28.

La velocidad de la marcha se valora con la prueba "stand up and go", que consiste en poder levantarse de una silla sin ayuda, caminar 3 metros, dar la vuelta, regresar a la silla y sentarse, esto en menos de 20 segundos. Esta prueba también se usa en fragilidad y sarcopenia.

El tratamiento tiene el objetivo de evitar consecuencias de inmovilidad, por lo que la actuación diagnóstica y terapéutica debe ser rápida.

5- Demencias: Alzheimer y demencia cognitiva vascular.

El envejecimiento representa un factor de riesgo para múltiples patologías, una de estas enfermedades es la demencia en cualquiera de sus tipos. La demencia tipo Alzheimer representa la séptima causa de muerte en el mundo.

La enfermedad de Alzheimer representa el tipo más frecuente de demencia en el mundo, la prevalencia de demencia en México es de 8.6 % en el área urbana y de 8.5% en el área rural.

Los factores de riesgo en etapa temprana es la baja escolaridad, en intermedios la pérdida auditiva, obesidad e hipertensión y en tardías depresión, tabaquismo, inactividad física, aislamiento social y diabetes mellitus.

El diagnóstico de la EA (y todas las tipos de demencia) requiere la integración de estos elementos:

- 1: HC con exploración física y neurológica completa
- 2: Evaluación geriátrica integral
- 3: Evaluación psicoafectiva
- 4: Evaluación cognitiva
- 5: Neuroimagen
- 6: Estudios complementarios (dependiendo del contexto clínico).

El tratamiento farmacológico de la EA no ha cambiado en los últimos años. Los aprobados por la FDA son: Inhibidores de la colinesterasa (donepezilo, galantamina y rivastigmina) y el antagonista de receptor NMDA, memantina. También es importante enseñar a familiares, cuidadores y al propio enfermo técnica de ayuda y soporte que favorezcan el buen trato y cuidado de los pacientes.

Por otro lado, el deterioro cognitivo vascular es un término amplio que incluye la demencia y el deterioro cognitivo leve asociado o causado por una lesión cerebrovascular. Algunos factores de riesgo pueden ser HTA, Diabetes mellitus, tabaquismo, alcoholismo, cardiopatías, ictus previos, etc. Su diagnóstico se basa en historia clínica, evaluación neuropsicológica y neuroimagen. También buscar la causa cerebrovascular como encefalopatía multi-infarto clásica, infarto en sitio estratégico, enf. cerebrovascular - Alzheimer, etc.

El manejo se basa en la prevención y control de factores de riesgo, prevenir nuevos eventos vasculares y tratar los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales.