



Nombre del alumno: Karina Montserrat Méndez Lara.

Nombre del profesor: Carlos Manuel Hernández.

Nombre del trabajo: Resumen Síndromes Geriátricos.

Materia: Geriatria.

Grado: 6

Grupo: "C"

Comitán de Domínguez Chiapas 11 de abril de 2025.

Definición:

Síndrome geriátrico caracterizado por la disminución de reserva fisiológica y resistencia a factores estresantes.

Se manifiesta como vulnerabilidad ante eventos adversos de la salud.

Epidemiología:

- 3.2 % a partir de los 65 años
- 16.3 % > 80 años.
- 23.1 % 90 años.
- Más frecuente en ♀ (13.6 %)
- México → ♀ (49 %).

Factores de riesgo:

- Edad avanzada.
- Ser ♀.
- Depresión.
- Deterioro cognitivo.
- Calidad de vida.
- DM.
- Polifarmacia.

Clínica:

- Fatiga.
- Pérdida de peso.
- Debilidad.

Diagnóstico:

- Escala de Fried: Se diagnostica fragilidad si hay 3 o más criterios presentes:

- ① Pérdida de peso involuntaria (≥ 4.5 kg en 1 año)
- ② Agotamiento.
- ③ Debilidad (Fuerza de prensión).
- ④ Lentitud al caminar.
- ⑤ Baja actividad física.

Puntaje:

- 0 → Robusto.
- 1-2 → Pre-frágil.
- 3 o más → Frágil.

- Escala SPPB: Mide el equilibrio, velocidad de la marcha, fuerza y resistencia del tron inferior.

Consta de 3 pruebas:

- ① Equilibrio en 3 posiciones: Pies juntos, semitándem y tándem.
- ② Velocidad de la marcha sobre 4 m.
- ③ Levantarse y sentarse en una silla 5 veces.

Puntaje: ● 0 → Poor y ● 12 → Mejor.

- Cuestionario de FRAIL: Evalúa síndrome de fragilidad considerando 5 dominios.

- ① Fatiga
 - ② Resistencia (subir escaleras)
 - ③ Ambulación (caminar 1 cuadra)
 - ④ Enfermedades (≥ 5 comorbilidades)
 - ⑤ Pérdida de peso ($> 5\%$ en el último año).
- * Cada ítem positivo: 1 punto.
- Puntaje:
- Fragilidad: ≥ 3 p.
 - Pre-fragilidad: 1-2.

- Escala de Lawton y Brody: Actividades instrumentales de la vida diaria.

- ① Uso de teléfono.
- ② Ir de compras.
- ③ Preparación de comida.
- ④ Lavado de ropa.
- ⑤ Uso de transporte.
- ⑥ Cuidado de la casa.
- ⑦ Responsabilidad de medicamentos.
- ⑧ Manejo del dinero.

Puntaje:

- 0 → Baja función, dependiente > ♀
- 8 → Alta función, independiente
- 0-5 → Para ♂.

Tratamiento:

- Ejercicio (terapia con mayor eficacia).
- Nutrición adecuada.
- Control de comorbilidades.
- Vitamina D → 8000-9000 UI/día.
- Revisión de medicamentos.

Definición:

Pérdida progresiva y generalizada de masa, fuerza y función muscular esquelética.

Epidemiología:

- Prevalencia de 34 %
- 30% en personas que viven en comunidad.
- Predominio en ♀.

Factores de riesgo:

- Edad avanzada
- Malnutrición
- Inactividad física
- Inflamación crónica
- Enfermedades crónicas (EPOC, IC).

Clinica:

- Dificultad para levantarse de la silla.
- Disminución de fuerza de prensión.
- Caídas frecuentes
- Fatiga.

Diagnóstico:

- Criterios de EWGSOP2 (2019):

- ① Probable: Baja fuerza muscular (prensión o levantarse de la silla).
- ② Confirmada: Más baja de masa muscular
- ③ Severa: Rendimiento físico bajo.

Velocidad de la marcha → $< 0.8 \text{ m/s}$

Fuerza de prensión → Disminuida → $< 20 \text{ kg } ♀$
→ $< 30 \text{ kg } ♂$

- RM.
- BIA.
- TAC.
- DEXA → GOLD STANDARD (bajo costo).
- USG.
- Circunferencia de pantorrilla ($< 30.5 \text{ cm}$).

- Cuestionario SARC-F: Autoinforme si es ≥ 4 puntos sospecha de sarcopenia.
- Evalua: Fuerza (s), ayuda para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y caídas.

Tratamiento:

- Ejercicio de resistencia + entrenamiento funcional
- Ingesta adecuada de proteínas $\rightarrow 1.2 \text{ g} \times \text{Kg}/\text{día}$
- Alimentos $\rightarrow$ Carnes, huevo, leguminosas.
- Vitamina D $\rightarrow 400$ unidades
- Complementos $\rightarrow$ Voost
 - $\rightarrow$ Ensayo clínico
 - $\rightarrow$ Nepro $\rightarrow$ Pacientes renales (0.6-0.8 gr)
 - $\rightarrow$ Creatina monohidratada $\rightarrow 1 \text{ gr} \times 10 \text{ Kg de peso}$
 - $\rightarrow$ Adultos mayores: 0.5 gr.
- Tratar enfermedades asociadas

Caídas

Definición:

Precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntario e insospechado con o sin lesiones secundarias confirmadas.

Epidemiología:

- 66% de muerte en el mundo.
- México: 46% de la población > 65 años.
- 33% en comunidades.
- Caídas múltiples $\rightarrow 0.2 - 1.6 \%$
- % de consecuencias $\rightarrow$
 - $\rightarrow 10 \%$ lesiones leves
 - $\rightarrow 5 \%$ fractura de muñeca.
 - $\rightarrow 2 \%$ fractura de cadera.

Factores de riesgo:

Factores no modificables:

- Edad
- Polifarmacia.
- Deficit visual y auditivo.
- ♂
- Mareo y vértigo.
- Raza blanca.
- Síncopa.
- Enfermedades crónicas.
- Trastornos de la función neuromuscular, marcha y reflejos musculares.

Factores modificables:

- Factores ambientales (escaleras, bañeros, pisos resbalosos, etc).
- Uso de bastón y andadora.

Clínica:

- Debilidad muscular
- Trastorno de la marcha.
- Disfunción neuronal.
- Lesiones (hematomas, fracturas).
- Hipotensión ortostática.
- Síndrome post-caída.

Diagnóstico:

- HC.
- Exploración física.
- Descripción de la caída.
- Interrogatorio del ambiente.

Escalas:

- Tinetti: Evalúa marcha y equilibrio. ≤ 18 puntos = alto riesgo.
- Timed Up and Go (TUG): > 12 segundos = riesgo aumentado.
- Índice de Barthel: Evalúa independencia funcional. $\rightarrow 0-100$ p.
- Escala de Morse: Específica para caídas en hospitales.
 $\rightarrow 25-45$ puntos.

Tratamiento:

- Ejercicio, revisión de medicación y entorno.
- Cirugía $\rightarrow$ Fx de cadera.
- Rehabilitación.
- Suplementos nutricionales y Vit. D.

Definición:

Disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

Epidemiología:

- Aumenta con la edad
- 12.7% para subir escaleras.
- Frecuente en ♀
- 12.4% para salir.
- 6% de la población → >65 años → Dificultad para caminar.
- 25.6 - 27% (>80 años).
- 30% clínica.
- 50% medio residencial.

Factores de riesgo:

- Sedentarismo.
- Comorbilidades.
- Fragilidad.
- Ambiente (escaleras, pasamanos, etc).
- Causas sociales (soledad, abandono, falta de apoyo familiar).
- Etx iatrogénicos (fármacos, hospitalización).

Clínica:

- Disminución progresiva de la movilidad.
- Atrofia muscular y rigidez.
- Estreñimiento.
- Úlceras por presión.
- Infecciones urinarias.
- Deterioro cognitivo y emocional.

Diagnóstico:

- Anamnesis.
- Exploración física.
- Escala de Tinetti → Equilibrio y marcha; puntuación de 0 a 28 puntos.
- Stand up and go → Paciente se levanta sin ayuda de brazos, camina 3 m, da vuelta y regresa a la

silla y se sienta. → Tiempo < 20 s.

Tratamiento:

- Rehabilitación física precoz.
- Prevención de complicaciones (úlceras, trombosis, infecciones).
- Nutrición adecuada.
- Apoyo psicológico.
- Adaptación del entorno.
- Intervención multidisciplinaria (médica, física, terapia ocupacional y enfermería).

Incontinencia: Urinaria

Definición:

Cualquier pérdida involuntaria de orina que ocasiona un problema social o higiénico.

Epidemiología:

- Prevalencia del 20-30%.
- 30-60% ♀ mayores.
- 30-50% se eleva en adultas mayores.
- 11-34% ♂ > 65 años.
- 45-72% ♂ institucionalizados.
- Incontinencia grave: 3-17%.

Factores de riesgo:

- Edad avanzada.
- Estreñimiento e impacto fecal.
- Inmovilidad.
- Incontinencia fecal.
- Fármacos.
- Depresión.
- IVU.
- Cirugía abdominal o pélvica.
- Diabetes.
- Patología prostática.
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Clinica (según el tipo de IU):

- Aguda → De inicio súbito, precipitado por una situación en potencia reversible o tratable.

Silky

Evaluada por "DIAPPERS":

- Delirium
- Vaginitis o uretritis atrofica.
- Infecciones
- Fármacos.
- Vol. urinario excesivo.
- Movilidad restringida.
- Impacto fecal o estreñimiento.
- **Crónica** → Pérdida involuntaria de orina asociada a esfuerzo físico.
- Elementos de la uretra debilitados o dañados, cierre uretral insuficiente.
- **Urgencia** → Causada por contracciones involuntarias del músculo detrusor.
- Trastorno del sueño, disminuye calidad de vida, riesgo a caídas y fracturas.
- **Rebosamiento** → Goteo, frecuencia, nicturia, intermitencia y debilidad del chorro urinario.
- **Funcional** → Por barreras físicas o cognitivas, no urológicas.

Diagnóstico:

- HC detallada
- Diario miccional.
- EGO y urocultivo.
- Evaluación funcional y neurológica.
- Cistografía
- RM.
- Uroflujiometria Cistomanometria
- USG vesical y prostático Cistoscopia.
- **Escala ICIQ-SF**: Evalua frecuencia, cantidad y afeción en la calidad de vida. → Puntaje de 0-21.

Tratamiento:

No farmacológico:

- Ejercicios de Kegel → 1ra línea en I. de esfuerzo.
- Entrenamiento vesical.
- Facilitar acceso al baño.
- Modificación de hábitos (café, alcohol, té, etc).

Farmacológico:

- Anticolinérgicos (oxibutinina).
- Agonistas β -3 (mirabegron)

Fecal

Definición:

Pérdida involuntaria de heces líquidas o sólidas.

Epidemiología:

- Aumenta con la edad.
- Más común en ancianos institucionalizados.
- ♀ → 8.9 - 8.1% ← ♂
- Asociada a disfunción del suelo pélvico o deterioro neurológico.

Factores de riesgo:

- Lesiones esfinterianas
- Cirugía anal / Traumatismo obs.
- Enf. neurológicas (EVC, demencia, ELA, delirium, etc).
- Radiación.
- Laxantes.
- Arco reflejo.

Clínica:

- **Total** → Retención de gases y materias fecales sólidas o líquidas es imposible.
- **Parcial** → Control de heces sólidas; pero no de gases y heces líquidas o semilíquidas.

Diagnóstico:

- HC.
- USG endoanal.
- Electromiografía.
- Defecografía.
- Manometría anorrectal.
- Estudios de conducción nerviosa.
- Endoscopia.
- RM dinámica.

Tratamiento:

- Conservador → Dieta rica en fibra, entrenamiento del esfínter anal, uso de enemas programados, aseo perianal frecuente.
- Farmacológico → Laxantes (impactación), loperamida (diarrea).
- Qx → Reparación esfinteriana, radiofrecuencia, estimulación sacra. **Silky**

Definición:

Situación de desamparo afectivo, económico o social en la que el adulto mayor no recibe la atención mínima requerida.

Epidemiología:

- 16% sufre abandono y maltrato.
- 20% vive en soledad.
- 38% económicamente activos.

Factores de riesgo:

- Pobreza.
- Enfermedades crónicas o discapacidad.
- Migración familiar.
- Polifarmacia.
- >60 años.
- Aislamiento social.
- Altos costos en salud.

Clínica:

- **Físicas:** Mala higiene, desnutrición, enf. no tratadas.
- **Psicológicas:** Ansiedad, depresión, estrés, insomnio.
- **Sociales:** Aislamiento, falta de redes de apoyo.

Diagnóstico:

- Observación directa.
- Historia de convivencia, cuidado, acceso a servicios.
- **Escala UCLA** → Evalúa percepción de soledad (emocional y social). → 20 preguntas → Puntaje: 0-20: soledad severa; 20-30: soledad moderada.

Tratamiento:

- Intervención multidimensional.
- Psicología.
- Promoción de políticas públicas.
- Inclusión en programas sociales.

Deterioro cognitivo vascular y demencia

Definición:

Declive cognitivo causado por enfermedades cerebrovasculares.
Segunda causa más común de demencia tras Alzheimer.

Epidemiología:

- Demencia → Afecta a 150 millones en 2020.
- DVA → 2da causa en occidente (Asia).

Factores de riesgo:

- No modificables: Edad, genética (ApoE), sexo.
- Modificables: HTA, DM, obesidad, tabaquismo, dieta, sedentarismo, fragilidad, FA, depresión, ictus.

Clínica:

- Déficit cognitivo focal → Dificultad en atención, f. ejecutivas.
- Cambios de ánimo → Depresión, apatía.
- Trastornos de la marcha y caídas.

Diagnóstico:

- Clínico. ● Evaluación funcional → Barthel, Lawton.
- Neuroimagen → RM.
- Escala MoCA → Evalúa memoria, atención, lenguaje, función ejecutiva. → Puntaje: 0-30; <26 = sospecha de deterioro.
- Escala mini mental (MMSE) → Evalúa función cognitiva global. → Puntaje: 25 puntos: normal; 19-24 p: deterioro leve; 14-18 p: deterioro moderado; <24 p: grave o demencia.

Tratamiento:

- Control de factores de riesgo vascular.
- Rehabilitación cognitiva.
- Ejercicio.
- Inhibidores de acetilcolinesterasa (mixtos). **Silky**

Definición:

Trastorno neurodegenerativo progresivo caracterizado por pérdida de memoria, lenguaje, juicio y funcionalidad.

Epidemiología:

- Causa más frecuente de discapacidad a nivel mundial.
- >60 años.
- Mayor crecimiento → Países en desarrollo.
- Cada 4 segundos → Nuevo caso
- Latinoamérica → 8%
- México → Área rural: 8.5%
→ Área urbana: 8.6%

Factores de riesgo:

- Edad.
- Portadores del alelo (APOE 4).
- Soledad.
- Historia familiar de Alzheimer.
- Depresión.
- DM.
- Bajo nivel educativo.
- Traumatismo craneal.
- HTA.

Clinica:

- Fase temprana → Olvido reciente, desorientación leve.
- Fase intermedia → Lenguaje afectado, cambios de conducta.
- Fase avanzada → Dependencia total, pérdida de comunicación.

Diagnóstico:

- Biomarcadores → Proteína tau y Aβ.
- RMN.
- Escalas → MMSE y MoCA.

Tratamiento:

- Psiquiatría geriátrica. Educación y soporte psicosocial.
- Inhibidores de colinesterasa → Donepezilo.
→ Rivastigmina.
- Memantina (fase intermedia - avanzada).

Bibliografía:

d'Hyver, C., Gutiérrez Robledo, L. M., & Zúñiga Gil, C. H. (2019). *Geriatría* (4^a ed.). Manual Moderno