



**Nombre del alumno: Elvin Caralampio
Gómez Suárez.**

**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.

FRAGILIDAD

DEFINICIÓN: Sx geriátrico caracterizado por la ↓ de reserva fisiológica y resistencia a fx estresantes. Se manifiesta como vulnerabilidad ante eventos adversos de salud.

EPIDEMIOLOGÍA

- Más frecuente en mujeres (13.6%)
- MEXICO → Mujeres (49%)
- 3.2% a partir de los 65 años
- 16.3% >80 años
- 23.1% 90 años

Fx de riesgo

- ▶ Edad avanzada
- ▶ Ser mujer
- ▶ Depresión
- ▶ Diabetes mellitus
- ▶ Deterioro cognitivo
- ▶ Calidad de vida
- ▶ Polifarmacia

CLÍNICA

- Fatiga
- Debilidad
- Pérdida de peso

DIAGNOSTICO

▶ Escala de Fried: Diagnostica fragilidad si hay 3 o >3 criterios presentes.

- ▶ Pérdida de peso involuntario (>45 kg en 1 año)
- ▶ Agotamiento
- ▶ Debilidad → Fuerza de prensión
- ▶ Lentitud al caminar
- ▶ Baja actividad física

PUNTAJE {

- 0 → Robusto
- 1-2 → Pre-frágil
- 3 o >3 → Frágil

▶ Escala SPPB: Mide equilibrio, velocidad de la marcha, fuerza y resistencia del tren inferior; Conta de 3 pruebas.

- Pruebas {
- Equilibrio en 3 posiciones → Pies juntos, Semitándem y Tándem
 - Velocidad de la marcha sobre 4m
 - Levantarse y sentarse en 1 silla 5 veces

PUNTAJE {

- 0 → Peor
- 12 → Mejor



• Cuestionario de FRAIL: Considera 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

PUNTAJE { $\rightarrow 3 \rightarrow$ Fragilidad
 $\rightarrow 1-2 \rightarrow$ Pre-fragilidad

• Escala de Lawton y Brody: Act. instrumentales de la vida diaria

1: Uso de celular

5: Usar transporte

2: Ir de compras

6: Cuidar la casa

3: Preparación de comidas

7: Responsabilidad de medicamentos

4: Lavar ropa

8: Manejo del dinero

PUNTAJE { • Mujeres { • 0 → Baja función, dependiente
 • 8 → Alta función, independiente
 • Hombres → 0-5

TRATAMIENTO

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

SARCOPENIA

DEFINICIÓN: Pérdida progresiva y generalizada de masa, fuerza y función muscular.

EPIDEMIOLOGIA

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

Fx de riesgo

- Edad avanzada
- Inactividad física
- Mal nutrición
- Inflamación crónica
- Enf. Crónicas → EPOC
→ IC

2 AÑOS

CLÍNICA

- Dificultad para levantarse de la silla
- Disminución de fuerza de prensión
- Fatiga y caídas frecuentes

DIAGNOSTICO:

Criterios de EWGSOP2 (2019)

- Probable → Baja fuerza muscular (prensión a levantarse de la silla)
- Confirmada → + baja de masa muscular
- Severa → Rendimiento físico bajo
 - Velocidad de la marcha → $< 0.8 \text{ m/s}$
 - Fuerza de prensión → Disminuida
 - Mujeres → $< 20 \text{ kg}$
 - Hombres → $< 30 \text{ kg}$

Gold estándar → DEXA

RM

USG

Circunferencia de pantorrilla → $< 30.5 \text{ cm}$

TAC

BIA

Cuestionario SARC-F: Autoinforme, ≥ 4 pts sospecha de sarcopenia

Evalúa: Fuerza

Ayuda para caminar

Caídas

Levantarse de una silla

Subir escaleras

TRATAMIENTO:

Ejercicio de resistencia + entrenamiento funcional

Ingesta adecuada de proteínas → 1.2 g por kg/día

Alimentos → Carnes, huevo, leguminosas

Vitamina D → 400 unidades

Complementos

Voost

Ensayo clínico

Nepro Px renales $0.6-0.8 \text{ gr}$ Creatina monohidratada → $1 \text{ gr por } 10 \text{ kg de peso}$ Adulto mayor → $0.5 \text{ gr por } 10 \text{ kg}$

* Tratar enfermedades asociadas



CAÍDAS

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

EPIDEMIOLOGIA

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

Fx de riesgo:

► **Modificables**

- Fx ambientales (escaleras, bañeras, pisos resbalosos)
- Uso de bastón o andadera

No modificables: ► Trastorno de la función neuromuscular, marcha y reflejos musculares

► Edad	► Polifarmacia	► Enf. crónicas
► Hombro	► Mareo y vértigo	► Deficit visual y
► Raza blanca	► Síncope	auditiva

Clinica:

- Debilidad muscular
- Trastorno de la marcha
- Disfunción neuronal
- Lesiones (hematomas, fracturas)
- Hipertensión ortostática
- Sx post-caída

DIAGNOSTICO:

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

► **Escalas**

- Tinetti → Evalúa marcha y equilibrio → ≤ 18 pts: Alto riesgo
- Timed up and go (TUG) → > 12 segundos: Riesgo aumentado
- Índice de Barthel → Evalúa independencia funcional → 0-100 p
- Morse → Para caídas en hospitales → 25-45 pts

TRATAMIENTO:

- Ejercicio
- Revisión de medicamentos y entorno
- Rehabilitación
- Suplementos nutricionales
- Vitamina D
- Cirugía → Fractura de cadera → Operación en 24-72 hr
- Rehabilitación en 24 hr

Sx DE INMOVILIDAD

DEFINICIÓN: ↓ de la capacidad al desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de funciones motoras

EPIDEMIOLOGIA

- ↑ con la edad
- Frecuente en mujeres
- 50% medio residencial
- 30% clínico
- 25.6-27% > 80 años
- 12.7% para subir escaleras
- 12.4% para salir
- 6% de la población > 65 años → Dificultad para caminar

Fx de riesgo:

- ▶ Sedentarismo
- ▶ Fragilidad
- ▶ Comorbilidades
- ▶ Causas sociales
 - ▶ Soledad
 - ▶ Abandono
 - ▶ Falta de apoyo familiar
- ▶ Fx iatrogenicos
 - ▶ Farmacos
 - ▶ Hospitalización
- ▶ Ambiente (escaleras, pasamanos)

CLINICA

- ↓ progresiva de la movilidad
- Atrofia muscular y rigidez
- Deterioro cognitivo y emocional
- Úlceras por presión
- Estreñimiento e infecciones urinarias

DIAGNOSTICO

- ▶ Anamnesis
- ▶ Exploración física
- ▶ Escala de Tinetti: Equilibrio y marcha, puntuación de 0-28 pts
- ▶ Stand up and go: Paciente se levanta sin ayuda de brazos, camina 3 metros y regresa a la silla y se sienta en un tiempo de < 20 s

TRATAMIENTO

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



INCONTINENCIA URINARIA

02/01/2021 30 x2

DEFINICIÓN: Pérdida involuntaria de orina ocasiona un problema social o higiénico.

EPIDEMIOLOGÍA

- 45-72% Hombres institucionalizados
- 30-60% Mujeres mayores
- 30-50% se eleva en adultos mayores
- 11-34% Hombre >65 años
- 20-30% de prevalencia
- 3-17% incontinencia grave

Fx de riesgo:

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

CLÍNICA:

▶ **Aguda** → Inicio súbito, precipitado por una situación en potencia, reversible e tratable

→ Evaluada por: D → Delirium

I → Infecciones

A → Vaginitis o uretritis atrofica

P → Fármacos

P → Fx psicológicos

E → Volumen urinaria excesiva

R → Movilidad restringida

S → Impacto fecal o estreñimiento

▶ **Crónica** → Pérdida involuntaria de orina asociada a esfuerzo físico

→ Elementos de la uretra debilitados o dañados

→ Cierre uretral insuficiente

▶ **Urgencia** → Contracciones involuntarias del músculo detrusor

→ Trastorno del sueño

→ ↓ 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.

DIAGNOSTICO ► Evaluación funcional y neurológica

► Cistografía ► Uroflujometría cistomanometría

► RM ► USG vesical y prostático cistoscopia

► Escala ICIQ-SF ► Evalúa frecuencia, cantidad y afeción en la calidad de vida

► Puntaje de 0-21

► HC detallada

► Diario miccional

► ECG y urocultivo

TRATAMIENTO

► No farmacológica { Ejercicios de Kegel ► 1ra línea en incontinencia de esfuerzo

► Entrenamiento vesical

► Facilitar acceso al baño

► Modificación de hábitos (café, alcohol, té)

► Farmacológica { Anticolinérgicos ► Oxibutina

► Agonistas β -3 ► Mirabegron

INCONTINENCIA FECAL

DEFINICIÓN ► Pérdida involuntaria de heces líquidas o sólidas

EPIDEMIOLOGIA { ► Más común en ancianos institucionalizados

► ↑ con la edad

► Mujeres 8.9% y Hombres 8.1%

► Asociada a disfunción del suelo pélvico o deterioro neurológico

Fx de riesgo ► Radiación

► Laxantes

► Arco reflejo

► Enf. neurológicas ► EVC

► Lesiones esfinteriana

► Demencia

► Cirugía anal

► ELA

► Traumatismos obs.

CLINICA

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

DIAGNOSTICOS:

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

TRATAMIENTO:

- Conservador
 - Dieta rica en fibra
 - Entrenamiento del esfínter anal
 - Uso de enemas programados
 - Asco perianal frecuente
- Farmacológico
 - Loxantes (impactación)
 - Loperamida (diarrea)
- Ox
 - Reparación esfínteraria
 - Radiofrecuencia
 - Estimulación sacra

ABANDONO

DEFINICIÓN: Situación de desamparo afectivo, económico o social en donde el adulto mayor no recibe atención mínima requerida.

EPIDEMIOLOGIAS:

- 38% Económicamente activos
- 20% Vive en soledad
- 16% Sufre abandono y maltrato

Fx de riesgo:

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

CLINICA:

- FISICAS → Mala higiene, desnutrición, enf. no tratadas
- PSICOLOGICAS → Ansiedad, depresión, estrés, insomnio
- SOCIALES → Aislamiento, falta de redes de apoyo

DIAGNOSTICO: Observación directa

Historia de convivencia, cuidado, acceso a servicios

Escala UCLA → Evalúa percepción de soledad

Emocional y social → 20 preguntas → Puntaje < 20 soledad severa
20-30 moderada

TRATAMIENTO:

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

DETERIORO COGNITIVO VASCULAR Y DEMENCIA

DEFINICIÓN: Declive cognitivo causado por enf. cerebrovasculares
Segunda causa más común de demencia tras Alzheimer

EPIDEMIOLOGÍA:

- Demencia → Afecta 150 millones en 2050
- DVA → Segunda causa en accidente (Asia)

Fx de riesgo:

▶ No modificables {

- Edad
- Genética ApoE
- Sexo

Modificables

{

- HTA
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Tabaquismo
- Dieta
- Sedentarismo
- Fragilidad
- FA
- Depresión
- Ictus

CLÍNICA:

- Deficit cognitivo focal → Dificultad en atención, funciones ejecutivas
- Cambios de ánimo → Depresión, apatía
- Trastornos de la marcha y caídas

DIAGNOSTICO:

- ▶ Clínico
- ▶ RM
- ▶ Evaluación funcional → Barthel, Lawton

▶ Escala MoCA → Evalúa memoria, atención, lenguaje, función ejecutiva

▶ Puntaje → 0-30

▶ <26 Sospecha de deterioro

Escala minimental (MMSE) → Evalúa función cognitiva global

▶ Puntaje → 25 pts normal

▶ 19-24 pts deterioro leve

▶ 14-18 pts deterioro moderado

▶ <24 pts grave o demencia

TRATAMIENTO:

- Control de fx de riesgo vascular
- Rehabilitación cognitiva
- Inhibidores de acetilcolinesterasa (mixtos)
- Ejercicio



ENF. DE ALZHEIMER Y DETERIORO COGNITIVO

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

EPIDEMIOLOGÍA

Causa más frecuente de discapacidad a nivel mundial

Mayor crecimiento → Países en desarrollo

Latinoamérica 8%

Cada 4 segundos → Nuevo caso

> 60 años

México → Área rural 8.5%

→ Área urbana 8.6%

Ex de riesgo

- ▶ Portadores del alelo ApoE4
- ▶ Bajo nivel educativo
- ▶ DM y HTA
- ▶ Traumatismo craneal
- ▶ Depresión
- ▶ Edad
- ▶ Historia familiar de Alzheimer
- ▶ Soledad

CLÍNICA

Fase temprana → Olvido reciente, desorientación leve

Fase intermedia → Lenguaje afectado, cambios de conducta

Fase avanzada → Dependencia total, pérdida de comunicación

DIAGNOSTICO

Biomarcadores → Proteína tau y Aβ

RMN

Escala → MMSE → Evalúa función cognitiva global → puntaje 25 pts

→ MoCA → Evalúa memoria, atención, lenguaje, función ejecutiva

Puntaje → 0-30

→ < 26 Sospecha de deterioro

TRATAMIENTO

Psiquiatría geriátrica Educación y soporte psicosocial

Memantina (fase intermedia-avanzada)

Inhibidores de colinesterasa → Donepezilo

→ Rivastigmina

Bibliografía:

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