



**Fernando Ailton Maldonado  
Hernández**

**Dr. Carlos Manuel Hernández Santos**

**Resumen síndromes geriátricos**

**Geriatría**

PASIÓN POR EDUCAR

**6º “C”**

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de abril de 2025

## Síndrome de inmovilidad.

### Definición.

Se define como la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades diarias por deterioro de las funciones motoras. Aumenta con la edad y más aún en mujeres.

### Epidemiología.

En la población española, 61% de la población mayor de 65 años de edad presenta dificultad para caminar en su propio casa, 12,71% para subir escaleras y 12,41% para salir y andar en la calle. Las cifras aumentan con la edad.

En el medio residencial 501% de los ancianos presentan algún problema de movilidad, con una prevalencia de 301% de inmovilidad significativa a nivel clínico.

### Factores de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran:

- Patologías crónicas, antecedentes cardiovasculares, historia previa de caídas, de hospitalización reciente, desnutrición, pérdidas sensoriales, uso de fármacos como neurolepticos, benzodiazepinas, antihipertensivos, antihistamínicos y antihipertensivos.

### Clínica.

Clínicamente se distingue por las complicaciones que pueden generarse por aparatos y sistemas, las más comunes son las úlceras por presión; otras complicaciones pueden ser:

- A nivel neurológico, muscular, osteoarticular, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, genitourinario, hormonal y metabólico, las complicaciones que en mayor medida comprometen la vida del paciente son las cardiorrespiratorias. Otras complicaciones son las psicológicas y sociales.

## Diagnóstico.

Se basa en anamnesis y exploración física.

Debe examinarse la movilidad en la cama, capacidad de girar y de sentarse, transferencia a la silla y al sanitario evaluando su necesidad de ayuda.

El balance y la marcha quedan explorarse por medio de la escala de Tinetti donde evalúa 16 ítems, 9 de equilibrio y 7 de marcha, si el paciente puntúa <19 puntos, existe alto riesgo de caídas.

La velocidad de la marcha se puede valorar por medio de la prueba "stand up and go".

## Tratamiento.

Dependerá del grado de movilización que el paciente presenta:

- Paciente encamado, paciente sentado en sillón, paciente en bipedestación y paciente en deambulación.

Si la rehabilitación total no es posible, el objetivo es recuperar la situación previa, la determinación del potencial rehabilitador y la monitorización de los resultados, se puede realizar mediante la escala de Barthel la cual valora las actividades de la vida diaria; un mal pronóstico es la dependencia en más de tres actividades de la vida cotidiana.

# Caídas.

## Definición.

Se define como la precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntario e insuspechado con o sin lesiones secundarias confirmadas por el paciente o un testigo. Se reconoce a nivel mundial como uno de los problemas de salud más importante en los ancianos.

## Epidemiología.

Los accidentes son la quinta causa de muerte en el mundo y 66% corresponde a caídas, de ese total 75% ocurre en pacientes de 65 años o más. El rango de incidencia corresponde de 0.2 a 1.6 caídas por persona al año. El 2% sufre fractura de cadera.

En personas de 85 años o mayores que se encuentran institucionalizadas, uno de cada cinco muere a consecuencia de la caída.

## Factores de riesgo.

Se encuentran: la polifarmacia (93 fármacos), pluripatología, debilidad muscular de extremidades inferiores, deterioro funcional y mental y por último, los trastornos de la marcha y equilibrio.

## Clinica / Complicaciones.

- Caídas por tiempos prolongado (se producen lesiones por compresión, neuovasculares, rabdomiólisis, hipotermia o deshidratación).
- Incapacidad.
- Institucionalización.
- Muerte.

## Diagnóstico.

Para llegar a un diagnóstico de la causa que originó la caída, se hace un protocolo de estudio retrospectivo; primero se realiza la historia clínica, después la descripción de la caída, exploración física y el interrogatorio del ambiente, que,

Se refiere a las características y condiciones del hogar.

## Tratamiento

El tratamiento se brinda por un equipo multidisciplinario, de acuerdo con las complicaciones que pueda desencadenar una caída (la fractura de cadera es la de mayor relevancia), o se da tratamiento a la causa de la caída.

## Sarcopenia.

### Definición.

Es un síndrome geriátrico que se refiere a la deficiencia de la masa muscular, se divide en sarcopenia primaria y secundaria.

La sarcopenia primaria es la pérdida de masa muscular relacionada con el proceso de envejecimiento con repercusión en la función. La sarcopenia secundaria es la pérdida de masa muscular relacionada a enfermedades, inactividad o trastornos nutricionales.

### Epidemiología.

La sarcopenia tiene una prevalencia en México del 34%, tiene predominio en mujeres y un paciente en cama puede llegar a perder hasta 1 kg de masa muscular cada tres días.

### Factores de riesgo.

Los principales son: la edad, ser mujer y las enfermedades crónicas degenerativas.

### Clinica / Consecuencias.

- Disminución de fuerza muscular y capacidad de autocuidado.
- Disminución de la capacidad del individuo para responder a la enfermedad.
- Cicatrización lenta ante una lesión o trauma quirúrgico.
- Más riesgo de caídas y fracturas.

## Diagnostico.

La primer herramienta a utilizar es la escala SARC-T; a partir de 4 puntos se considera sarcopenia.

La escala EWGSOP clasifica a la enfermedad en: Presarcopenia, Sarcopenia y Sarcopenia grave.

Densitometria es el gold standard.

Biomechancia electrica, en caso de no contar con esto, entonces se utiliza la circunferencia de pantorrilla, donde el punto de corte es 230.5 cm es indicativo de sarcopenia.

## Tratamiento.

Ejercicio y nutrición son la base del tratamiento. Los ejercicios a realizar son de resistencia, se realizará una modificación en la ingesta proteica, entre 1.2 - 1.5 g/kg/día distribuidos en tres picos proteicos en 24 h. Se debe asegurar que los niveles de vitamina D sean óptimos, y si no, suplementar con por lo menos 800 U de vitamina D3 al día.

## Fragilidad.

### Definición.

Es un estado clínico, en el que hay un incremento de la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar discapacidad o mortalidad, aunado a una pobre resiliencia.

### Epidemiología.

Prevalencia de 12-24% en la comunidad y de más de 50% en unidades de cuidados crónicos. Es mayor en aquellos con mayor edad y en el género femenino.

### Factores de riesgo

Cambios fisiológicos o enfermedades asociadas al envejecimiento, inflamación, sarcopenia, polifarmacia, trastornos endocrinos, desnutrición, aislamiento social y pobreza.

Otros: fracturas, caídas, discapacidad en las actividades de la

Limitación de movilidad y deterioro cognitivo.

### Clinica.

- Pérdida no intencional de peso mayor de 4.5 kg o 5% del peso corporal previo.
- Autoreporte de agotamiento.
- Disminución de la fuerza de prensión ajustado de acuerdo a género e índice de masa corporal modificado.
- Entorpecimiento del movimiento, deterioro cognitivo, disminución de las actividades de la vida diaria, depresión, visual y auditivo <defectos>, caídas, incontinencia urinaria, entre otras.

### Diagnóstico.

• Fenotipo de fragilidad: se sustenta de cinco componentes; pérdida de peso involuntaria, debilidad muscular, agotamiento, lentitud en la marcha y baja actividad física. Se considera una persona frágil si cumple tres o más criterios.

- Estudio de Cohorte de Cuyacán.
- Cuestionario de tamizaje FRAIL.
- Enfoque denominado acumulación de déficits: aborda la acumulación de comorbilidades, síntomas y hallazgos de laboratorio como déficits.
  - Mínimo de 30 déficits.
- Escala de fragilidad de Edmonton.
- Escala clínica de fragilidad (FS)
- Tamizaje sistemático en personas mayores a 70 años.
- Aumento en los niveles séricos de IL-6, TNF alfa y PCR.

### Tratamiento.

#### NO farmacológicos:

- Actividad física multicomponente <programa de ejercicio ViVi Frail>, desprescripción en polifarmacia <siguiendo los criterios de Beers>.

## Salud oral y nutrición:

- Mnemotécnica meal on wheels para identificar y tratar causas reversibles de pérdida de peso.
- Mini nutritional assessment, usado para detección de la desnutrición.
- Añadir aminoácidos esenciales.
- Suplementación nutricional y proteica con un programa de actividad física.
- Informar a las personas sobre la salud bucal.
- Suplementación con vitamina D.

## Farmacológico:

- Suplementación de la hormona del crecimiento, testosterona y de hidrocortisona.
- Uso de IECAS (se asoció con un menor riesgo de fragilidad).

## Alzheimer.

### Definición.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva que afecta a la memoria y otras importantes funciones mentales. Es el tipo más frecuente de demencia en el mundo. Representa la 7ma causa de muerte en el mundo.

### Epidemiología.

Es el tipo más frecuente de demencia en el mundo, (se estima que 40 millones de personas tienen demencia).

En México se estima que la prevalencia de demencia es de 8.6% en el área urbana y de 8.5% en el área rural.

### Factores de riesgo

Genético: genotipo APOE  $\epsilon 4$ .

Factores en etapa temprana: Baja escolaridad

Factores en etapa intermedia: Pérdida auditiva, obesidad e hipertensión.

- Factores en etapa tardía: Depresión, tabaquismo, inactividad física, aislamiento social y diabetes mellitus.
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño, deficiencia de vitamina B12, vitamina D, hiperhomocisteinemia.
- Presencia de factores de riesgo cardiovascular en presencia de PA cerebral.

## Diagnóstico.

Markadores relacionados con depósito de PA y neurodegeneración.

El diagnóstico de la EA requiere la integración de los siguientes elementos:

1. Historia clínica con exploración física y neurológica completa.
2. Evaluación geriátrica integral. (Katz y Lawton)
3. Evaluación psiquiátrica. Uso de la escala GDS (se considera positiva para depresión una puntuación mayor a seis puntos), la PHQ-9 o los criterios del DSM-5.
4. Evaluación cognitiva. Se sugiere el uso de la aplicación del examen mínimo del estado mental. (Mini mental). O uso de la Montreal Cognitive Assessment.  
Clinical Dementia Rating (CDR): Prueba de tamizaje cognitivo y escala de funcionalidad.
5. Neuroimagen: IRM, TAC
6. Estudios complementarios dependiendo el contexto clínico (BH, QS, ES, PPH, PFR, etc.).

## Clinica.

Afección de la memoria de tipo amnésica.

Afección de la memoria de aprendizaje.

Deterioro cognitivo leve. (R; tests de DCL).

## Tratamiento.

### - Inhibidores de la colinesterasa;

- Donepezilo, galantamina y rivas tigmina.

### - Antagonista de receptor NMDA, memantina.

### - Anticuerpos monoclonales: Bapineuzumab, Solanezumab

### - Antagonista del receptor presináptico de serotonina; Idalopirdina.

### - Inhibidores de la $\beta$ secretasa: verubecestat.

### - Inhibidores de la gamma secretasa: tarenflurbil, semagacesat y avagacestat

### - Inhibidores de proteína tau.

### - Inhibidores de lípasa: Flavopiridol y roscovitina.

## Deterioro cognitivo vascular, (DCV).

### Definición.

Se define como la presencia de déficits clínicamente importantes al menos 1 dominio cognitivo para causar una alteración significativa de las actividades de la vida diaria.

### Epidemiología.

Prevalencia aumenta con la edad

En el 11-21% de las personas mayores de 64 años y en el 94% de mayores de 82 años.

### Factores de riesgo.

Edad avanzada, sexo femenino y factores genéticos.

Aterosclerosis, diabetes y la angiopatía amiloide.

### Clinica.

Según los criterios diagnósticos en pacientes con deterioro cognitivo leve, tienen la funcionalidad conservada; sin embargo, el daño

vascular puede tener impacto en las funciones complejas de la vida diaria. Pueden registrarse alteraciones leves, difíciles de distinguir del envejecimiento normal, que no alcanzan a cumplir con los criterios de demencia.

## Diagnóstico.

RM y la presencia de signos de lesiones vasculares que correspondan a uno de los subtipos diagnósticos principales.

La evaluación cognitiva debe incluir los 5 dominios básicos siguientes: función ejecutiva, atención, memoria, lenguaje y función visuoespacial.

## Tratamiento.

Las estrategias para el tratamiento incluyen la prescripción de inhibidores de colinesterasa, el antagonista de N-metil-D-aspartato memantina y diversas medicinas chinas.

## Incontinencias.

Existen dos tipos de incontinencias: la incontinencia urinaria y fecal.

Incontinencia urinaria; Es una enfermedad o condición médica, caracterizada por cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema higiénico o social.

Incontinencia fecal: Se define como la pérdida involuntaria de heces líquidas o sólidas.

De igual forma podemos mencionar la incontinencia anal, esta se define como la pérdida involuntaria de heces líquidas o sólidas y de flatos.

## • Incontinencia urinaria.

### Epidemiología.

Prevalencia del 20 al 30% que puede elevarse hasta el 30 a 50% en adultos mayores.

Del 30 a 60% en mujeres adultas mayores, y del 11 a 34% en hombres mayores de 65 años.

Incontinencia grave o significativa entre el 3 y 17%.

### Factores de riesgo.

Edad avanzada, inmovilidad, depresión, diabetes, estreñimiento e impacto fecal, incontinencia fecal, infección de vías urinarias, patología prostática, cirugía abdominal o pélvica, fármacos, síndrome de apnea obstructiva del sueño.

### Clinica.

Se divide de acuerdo al tipo de incontinencia urinaria que presenta el adulto mayor.

- Incontinencia aguda: es de inicio súbito.

Mnemotécnica DIAPPERS (delirium, infecciones, vaginitis o uretritis atrofica, fármacos, factores psicológicos, volumen urinario excesivo, movilidad restringida, impacto fecal o estreñimiento).

- Incontinencia crónica o de esfuerzo: asociada al esfuerzo físico.

- Incontinencia de urgencia: pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia miccional. Mayor riesgo de caídas y fracturas.

- Incontinencia urinaria de rebosamiento: Se presenta en individuos sin deseo miccional, los síntomas son goteo, frecuencia, nicturia, intermitencia y debilidad del chorro urinario.

- Incontinencia urinaria o funcional: asociada a una alteración física o cognoscitiva.

## Diagnóstico.

- Historia Clínica detallada.
- Diario miccional
- Exebración física
- Presencia de globo vesical
- Estudio neurológico, sensibilidad perineal táctil, genital, anal y glútea.
- Tacto rectal
- Signo de incontinencia con el paciente de pie.
- EGD, citometría hemática completa, PFR, USG.

## Tratamiento.

- Tratamiento de enfermedades adyacentes
- Terapias conductuales
- Diario miccional
- Normas para la ingesta de líquidos.
- Ejercicios de Kegel (30 minutos diarios de 15 a 20 semanas).
- Farmacológico: Beta adrenérgicos, Alfa adrenérgicos, anticolinérgicos, inhibidores de los canales de calcio.

## Incontinencia fecal

### Epidemiología.

Prevalencia puede variar del 2 al 21%. Tasas similares en hombres como en mujeres con 8.1% contra 8.9%.

### Factores de riesgo.

• Diarrea

• Síndrome de intestino irritable

• Mujeres

• Antecedentes de prolapso rectal interno

• Tabaco

• Cantidad de fibra en dieta.

• IMC

• Fármacos.

## Clinica, y Clasificación.

Grado 1: Continente

Grado 2: Incontinencia a gas

Grado 3: Incontinencia a gas y heces líquidas

Grado 4: Incontinencia a gas, heces líquidas y sólidas.

Total o mayor: Imposible retención de gases y materias fecales sólidas o líquidas.

Parcial o menor: Puede controlar la expulsión de heces sólidas pero no de gases y heces líquidas o semilíquidas.

## Diagnóstico.

Historia clínica detallada

• Endoscopia

• Tacto rectal

• RM dinámica.

• Manometría anorrectal,

• USG endoanal.

• Electromiografía.

• Estudios de conducción nerviosa.

• Defecografía

## Tratamiento.

No hay un fármaco específico.

Antidiarreicos

Desimpacción.

Ejercicios de Kegel

Feedback.

Quirúrgico