



Alexa Martínez Martínez.

Dr. Carlos Manuel Hernández.

Resumen, Síndromes geriátricos.

Geriatría.

PASIÓN POR EDUCAR

6^{to} "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de abril de 2025.

Fragilidad

El envejecimiento de la población es un fenómeno global, representa desafíos significativos, conforme las personas envejecen, la probabilidad de desarrollar más problemas de salud o de su capacidad, puede verse afectada por la fragilidad.

Definición

Es un síndrome clínico, No es anónimo de discapacidad, sarcopenia o inmovilidad, incrementa la vulnerabilidad a desenlaces adversos, puede ser atenuada / revertida con intervenciones específicas, es obligatorio para los profesionales de la salud detectarla a tiempo.

Existen 2 enfoques más utilizados para medir la fragilidad con el fenotipo y la acumulación de deficits.

Epidemiología

- La prevalencia de la fragilidad aumenta con la edad.
- Afecta a más del 10% de los adultos mayores de 65 años
- Más del 50% en personas de 85 años en adelante.

Características

- La fragilidad se manifiesta por debilidad muscular, fatiga, pérdida de peso involuntaria, disminución de la velocidad de la marcha y baja actividad física.

Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Sexo Femenino
- Bajo nivel educativo
- Ingresos económicos bajos
- Viudez reciente.
- Psicología: Depresión y ansiedad.
- Enf. crónicas
- Deterioros cognitivos
- Caídas recurrentes
- Alteraciones de la marcha.
- Desnutrición o sobrepeso.
- Hospitalizaciones recientes y polifarmacia.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico y puede realizarse utilizando la escala de Fried.

- Pérdida de peso involuntario ($\geq 5\%$ en el último año).
 - Fatiga o cansancio.
 - Debilidad muscular.
 - Lentitud de la marcha.
 - Baja actividad física.
- La presencia de 3 o más de estos ítemes indica fragilidad.

Tratamiento

- Ejercicio físico.
- Nutrición: Suplementación nutricional adecuada, vitamina D si se detecta deficiencia.
- Valoración gástrica integral.
- Manejo de comorbilidades.

SARCOPENIA

Definición

Es un síndrome geriátrico caracterizado por la pérdida progresiva de masa y fuerza muscular, asociado al envejecimiento.

Se considera un problema importante debido a su impacto en la movilidad, la independencia y el riesgo de caídas o fracturas.

Clasificación

- Sarcopenia primaria:
Asociada al envejecimiento sin causa aparente.
- Sarcopenia secundaria:
Ligada a enfermedades crónicas, inactividad o desnutrición.

Consecuencias:

- A partir de los 40 años se pierde alrededor del 8% de masa muscular por década.
- Esta pérdida reduce la fuerza, la movilidad y aumenta el riesgo de caídas y mortalidad.

Diagnostico

• Clínico: criterios EWGSOP

1) Presarcopenia: Disminución de masa muscular sin afectación de fuerza o desempeño físico.

2) Sarcopenia: Disminución de masa muscular + disminución de fuerza o desempeño físico.

3) Sarcopenia grave: Disminución de los tres: masa, fuerza y desempeño.

Evaluación

• Velocidad de marcha (< 0.8 m/s).

• Fuerza de prensión (< 20 kg en mujeres, < 30 kg en hombres).

• Circunferencia de pantorrilla (< 30.5 cm).

• Cuestionario SARC-F (Puntuación ≥ 4 indica riesgo de sarcopenia).

Tratamiento

• Nutrición: Proteínas enriquecidas con leucina, HMB, y posiblemente péptidos bioactivos de colágeno.

• Ejercicio: Tx principal.

• Vitamina D: Suplementación con 800 UI si los niveles son bajos.

Caídas

Definición

Se define como la precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntario e insuspechado con o sin lesiones secundarias confirmada por el px ontestigo.

Epidemiología

• En todos los países, los ancianos son el grupo de edad de mayor incidencia de caídas.

• Accidentes: 5ta causa de muerte en el mundo.

• 66% corresponde a caídas.

• 75% ocurre en pacientes de 65 años o mayores.

• 33% en los ancianos que viven en la comunidad, experimentan caídas múltiples.

- 50% de estos presentan lesiones leves
- 10% presentan lesiones importantes
 - 6% Fractura de muñeca
 - 2% fractura de cadera.
 - 3% otras lesiones.
- Pacientes en asilos, residencias o casas de día, tienen incidencia de entre 40-60%.

Causas de caídas

- Factores intrínsecos no modificables:
 - Edad - Enf. crónicas
 - Sexo - Deterioro cognitivo
- Factores extrínsecos modificables:
 - Obstáculos ambientales - Iluminación
 - Uso incorrecto de ayudas para caminar.
 - Calzado inadecuado.

Factores de Riesgo

- Polifarmacia:
 - Uso de más de tres medicamentos.
- Pluripatología: Mayor número de enf. incrementa el riesgo.
- Debilidad muscular de extremidades inf.

Diagnóstico

Historia clínica: Antecedentes, medicamentos, síntomas asociados.

Exploración física: Examen neurológico, cardiovascular, marcha y calzado.

Evaluación del entorno: Identificar riesgos en el hogar.

Pruebas diagnósticas: ECG, Estudios neurológicos, imagenología según la sospecha.

Tratamiento

Debe ser multidisciplinario y personalizado.

- Control de enfermedades.
- Rehabilitación física.
- Modificación del entorno
- Educación del px y cuidadores.

Sx de Inmovilidad

Definición

Inmovilidad es la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

Características

- Los cambios en la movilidad y las anomalías que se observan cuando incrementa la edad.
- 85% de las personas a los 60 años de edad guardan su capacidad de locomoción y equilibrio.
- 18% a los 80 años.

El balance es dependiente de la integridad y de la interacción de 3 componentes:

- 1) Locomoción que incluye iniciar y mantener el ritmo de los pasos.
- 2) El balance que se relaciona con los receptores sensitivos periféricos, el procesamiento de datos por el SNC y su comunicación con los órganos efectores a saber los músculos y tendones.
- 3) La capacidad de adaptarse al medio donde se encuentra la persona.

Las características del síndrome de inmovilidad en el anciano:

- 1) Inmovilidad relativa, en la que el anciano lleva una vida sedentario, pero es capaz de moverse con menor o mayor dependencia.
- 2) Inmovilidad absoluta que implica el encamamiento crónico, estando muy limitada la variabilidad postural. Es un factor de riesgo de institucionalización, de morbilidad y de aparición del síndrome del cuidador.
- 3) Debilidad muscular progresiva y en casos avanzados, pérdida de los automatismos, así como reflejos posturales necesarios para la deambulación.
- 4) La reducción de la tolerancia a la actividad física, manifestada por taquicardia, hipertensión arterial, disnea, etc.

la inmovilidad se considera una vía común a través de la cual muchas enfermedades y trastornos del adulto mayor producen gran discapacidad.

Epidemiología.

- Más frecuente en mujeres.
- 6% de la población mayor de 65 años de edad presenta dificultad para caminar en su propia casa.
- 12.7% para subir escaleras.
- 12.4% para salir y andar en la calle.
- Por encima de los 80 años de edad las cifras se disparan y alcanzan de 25.6 a 27%.

Medio residencial.

- 50% de los ancianos presentan algún problema de movilidad
- 30% de movilidad significativa a nivel clínico.

Etiología

La ejecución de movimientos programados resalta la interacción de 3 áreas fundamentales:

- a) Condiciones físicas adecuadas para realizar el movimiento.
- b) Funcionamiento del sistema nervioso central para el inicio, ejecución y modificaciones posturales.
- c) Condiciones del entorno.

Causas más frecuentes de inmovilidad en el anciano son: sociales, ambientales y enf. de alta prevalencia.

Factores de riesgo

- Anciano sedentario
Aquel que no ha incorporado a su actividad de vida cotidiana un ejercicio físico vigoroso, de clara repercusión en el consumo energético.
- Anciano frágil
Aquel que mantiene un nivel adecuado para vivir en comunidad, pero ha limitado sus actividades extra.

Diagnóstico

- Anamnesis:
 - Determinar el grado de actividad basal; valorar el tiempo y tipo de evolución.
- Exploración física.
 - Sistemas cardiovascular, musculoesquelético y nervioso

- Piel, pies, sensorio y estado mental.
- Exploración de los niveles de movilidad: vestido, calzado y empleando los dispositivos de ayuda que utiliza.

Tratamiento

Antes de iniciar el tratamiento deben de asegurarse unas adecuadas condiciones de hidratación, nutrición, ritmo intestinal, control del dolor, sueño adecuado.

El abordaje terapéutico dependerá del grado de movilidad que el px presente.

> Paciente encamado

Practicar ejercicios para aumentar el rango de movilidad articular al inicio.

- El tratamiento farmacológico puede darse con AINE, opioides y tramadol, benzodiazepinas, antidepresivos trácicos y relajantes musculares.

Paciente sentado en sillón

Una vez que el paciente logra sentarse en cama con los pies apoyados en el suelo, se intentará la transferencia a la silla con la menor ayuda posible.

- El tiempo en la silla debe ser cada vez mayor, manteniendo el tronco erguido y cabeza alineada.
- La elevación de los pies apoyados en un banco de superficies suave ayudará a prevenir el edema.

Paciente en bipedestación.

El paciente deberá levantarse y mantener la bipedestación ayudado por 2 personas, o apoyándose de un andador situado enfrente manteniendo siempre la posición erecta.

- Se practicará el equilibrio con el apoyo de un solo pie y alternar, con un pie delante de otro en alinear.

Paciente en deambulación

- Se debe hacer diario, a paso lento, pero con distancias crecientes, reduciendo el miedo a caer.
- Considerar el uso de elementos auxiliares para la movilidad (andador, bastón o en apoyo.).

Alzheimer

Definición

Es una de las principales causas de discapacidad y mortalidad.

La OMS identifica como la septima causa de muerte global.

Características

- Inicio insidioso (lento y sutil)
- Curso progresivo: los síntomas se agraban con el tiempo.

Epidemiología

- El Alzheimer es la forma más común de demencia.
- Afecta a más de 40 millones de personas en el mundo y se estima que la cifra se triplicará.
- latínwamenca, la prevalencia ronda el 8%.
 - 8.6% urbana
 - 8.5% rural.
- la prevalencia es más alta en países en desarrollo.

Factores de riesgo

- Cardiovasculares: Hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo.
- Psicosociales: Depresión, bajo nivel educativo.
- Apnea del sueño
- Deficit de vitamina B12 y D.
- Hiperhomocisteinemia.

Clínica

- Apatía
- Depresión
- Ansiedad
- Agitación
- Alucinaciones y delirios (en etapas avanzadas).
- Trastornos del sueño.

Diagnóstico

- > Historia clínica y exploración neurológica.
- > Evaluación genética.
- > Evaluación psicofísica y cognitiva.
- > Neuroimagen
- > Estudios complementarios según el caso.

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

- Estimulación cognitiva: Ejercicios de memoria, lenguaje, orientación.
- Rutinas estructuradas: Horarios fijos para dormir, comer, higiene.
- Terapia ocupacional: Mantener la independencia en actividades diarias.
- Intervención familiar: Educación sobre la enfermedad, apoyo emocional y capacitación para cuidadores.
- Control del entorno: Evitar ruidos excesivos, asegurar espacios seguros, buena iluminación.
- Intervenciones terapéuticas: En fases tempranas o con presencia de depresión o ansiedad.

Tratamiento farmacológico:

- > Inhibidores de la colinesterasa → Indicados en EA leve a moderada
 - Donepezilo.
 - Rivastigmina
 - Galantamina
- > Antagonistas de los receptores NMDA → Indicados en EA moderada a severa.
 - Memantina.

Tratamiento de síntomas conductuales y psicológicos

- > Antidepresivos
 - ISRS: Sertralina, citalopram.
- > Antipsicóticos atípicos: Solo en casos graves y por tiempo limitado.
 - Olanzapina
 - Risperidona
- > Ansiolíticos: Uso limitado por riesgo de caídas y deterioro cognitivo.

Detenoro cognitivo vascular y demencia

Definición

La demencia se caracteriza por un detenoro progresivo e imparable de la capacidad mental que compromete inentablemente la vida independiente.

Epidemiología

- Individuos afectados: 50 millones en todo el mundo.
- La incidencia y prevalencia aumentan con la edad > 75 años.
- DVA segunda causa más frecuente de demencia.

Características

DCV mayor: Presencia de defectos clínicamente importante al menos: 1 dominio clínicamente cognitivo, alteración grave de actividades.

2do requisito establecer la presencia de un DCV leve o un DCV mayor.

Clasificación

4 principales:

- 1) Demencia postictus: Demencia que se manifiesta en un plazo de 6 meses después de un ictus.
- 2) Demencia vascular isquémica subcortical.
- 3) Demencia multifarcto
- 4) Demencia mixta.

Factores de riesgo

- Se solapan con los ictus, sugiere una susceptibilidad común entre los trastornos.
- Independiente de la causa: Edad
- Otros factores de riesgo no modificables:
 - Sexo femenino
 - Fx genéticos.

Se dividen en factores protectores y factores que aumentan el riesgo de demencia.

Clínica

El perfil y la evolución temporal de los déficits cognitivos en el DCV menor y la DVA son variables.

El deterioro cognitivo aparece de forma:

- Gradual
- Escalonado
- O combinación de ambos.
- En pacientes con lesiones cerebrales vasculares, es frecuente observar deterioros de las funciones cognitivas, ejecutivas y la velocidad del procesamiento.

Diagnóstico

Para el diagnóstico de DVA o DCV, requiere una resonancia magnética (RM).

- La presencia de signos de lesiones vasculares que correspondan a uno de los subtipos diagnósticos principales.
- La evaluación cognitiva debe incluir 5 dominios básicos:
 - Función ejecutiva
 - Atención
 - Memoria
 - Lenguaje
 - Función visoespacial

Incontinencia Urinaria

Definición

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

Factores de riesgo.

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| • Demencia. | • Incontinencia fecal | • Fármacos |
| • Inmovilidad. | • Infecciones de vías urinarias | • Patología neurológica |
| • Depresión | • Patología prostática | • Radioterapia. |
| • Estreñimiento e impacto fecal. | • Cirugía abdominal o pelvica | |

Clinica

Aguda o transitona:

- Delirio
- Infecciones
- Vaginitis / urethritis atrofica
- Volumen urinario excesivo.
- Montidad restringida
- Impacto fecal o estreñimiento.

Incontinencia crónica

- 1) De estrés: Asociado al esfuerzo físico algunos factores contribuyen con el parto vaginal, embarazo, cirugía pélvica, obesidad, menopausia, actividad física.
- 2) De urgencia: acompañada o inmediatamente precedida de urgencia miccional, deseo, claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al síncope.
- 3) Rebombamiento: sin deseo miccional, puede haber goteo, micción, intermitencia, debilidad del chorro urinario.
- 4) Funcional. Relacionado a una alteración física o cognoscitiva, factores como trastornos psicológicos, sanitarios, inaccesible, alteraciones de la montidad, deterioro cognoscitivo.

Diagnóstico

- Preguntas dirigidas
- A través de una historia clínica detallada
- Aspectos como:
 - Naturaleza
 - Duración
 - Montidad
 - Factores ambientales
- Diano miccional.
- Exploración física
- Presencia de globo vesical
- Estudio neurológico, sensibilidad penanal tactil y genital, anal y glútea.
- Tacto rectal
- Signo de incontinencia con el px de Pie.
- Estado mental
- Comorbilidades
- Medicación
- Función sexual e intestinal.

- EGO: Infecciones, hematuria, glucosuria.
- Citometría hemática completa.
- PFE: Creatinina, depuración de creatinina, glucosa, Es.
- Ultrasonido.
- Residuo vesical.

Tratamiento

No farmacológico

- Cambios en el estilo de vida, cambios en el comportamiento y terapias físicas que requieren de algún tipo de entrenamiento, o instrucciones.
- Tratamiento de enfermedades adyacentes.
- Ajuste de medicamentos.
- Terapias conductuales: Ejercicios de los músculos pelvicos, estrategias de control vesical, diapas miccionales, vaciamiento vesical programado, vaciamiento retardado, reducción en la ingestión de cafeína, manejo de líquidos, Pérdido de peso, cambios en el estilo de vida.
- Normas para la ingestión de líquidos.
- Retrazar todo lo que pueda el inicio de la micción.
- uso de pañales.
- Ejercicio de Kegel

Farmacológico

Betaadrenérgicos.

Alfaadrenérgicos

Tratamiento quirúrgico.

Incontinencia Fecal

Definición

Incapacidad de controlar la salida de heces en el cuerpo.

Factores de riesgo

- > Diarrea
- > Síndrome de intestino irritable
- > Sexo femenino
- > Antecedentes de prolapso rectal interno.
- > Tabaquismo
- > Cantidad de fibra baja en la dieta.
- > IMC
- > Eventos a diversas fármacos.

Clínica

Mayor

- Imposible de retención de gases y materias fecales sólidas o líquidas.

Menor

- Puede controlar la expulsión de heces sólidas, pero no de gases y heces líquidas o semilíquidas.
 - Presencia de moco
 - Gases
 - Heces sólidas
 - Heces líquidas
- | | |
|---|---------------------------|
| { | Ocasional
0
Diaria. |
|---|---------------------------|

Grados de continencia e incontinencia.

- 1) Contnente
- 2) Incontinencia a gas.
- 3) Incontinencia a gas y heces líquidas.
- 4) Incontinencia a gas, heces líquidas y sólidas.

Diagnóstico

Manometría anorectal

Información de la presión de los esfínteres anales externo y el interno.

Ultrasonido endoanal

Defecto del esfínter anal externo o interno, sensible y específico del 100%.

• Electromiografía

• Estudios de conducción nerviosa

Latencia motora terminal de los nervios perianales y pudendos

Defecografía

Endoscopia

Rectosigmoidoscopia para excluir neoplasias o proctitis

Resonancia magnética dinámica.

Tratamiento

Conservador

> Modificación de hábitos de la vida diaria

> Hábitos de la defecación

> Cuidado de la piel

> Manejo de causas subyacentes

> Cambios en la alimentación: Incremento de ingesta de líquidos
retrasar los alimentos chatarra.

• Ejercicios de esfínter anal.

• Estimulación anal eléctrica.

• Quirúrgico

> Reparación del esfínter anal

> Reparación perianal

> Reparación anterior del piso pélvico.

> Nuevos ínteres anales.

Otras técnicas

Estimulación del nervio tibial

Ablación con radiofrecuencia

Esfínter anal magnético

Inyección de células madre.