



Jorge Yair Alvarado Ramírez

Dr. Carlos Manuel Hernández S.

Resumen Síndromes Geriátricos

Geriátría

6 “C”

Comitán de Domínguez Chiapas a 10/04/2025

Jorge Yair Alvarado Ramirez

Fragilidad

La fragilidad es un síndrome clínico geriátrico que refleja una disminución en la reserva fisiológica y funcional, generando mayor vulnerabilidad ante situaciones estresantes (infecciones, caídas, hospitalizaciones). Puede revertirse con intervenciones apropiadas.

Epidemiología:

- 12-24% en personas mayores que viven en la comunidad
- Más del 50% en unidades de cuidados crónicos
- Mayor prevalencia en mujeres y personas > 70 años

Factores de riesgo:

- Edad avanzada
- Sexo femenino
- Sarcopenia
- Enf. crónicas
- Desnutrición y pérdida de peso
- Polifarmacia
- Aislamiento social y soledad
- Depresión o deterioro cognitivo
- Inflamación crónica
- Cambios fisiológicos

Cuadro clínico

- Lentitud para caminar o moverse
- Fatiga o agotamiento fácil
- Disminución de fuerza muscular
- Pérdida de peso no intencionada
- Reducción de actividad física
- Inestabilidad postural y mayor riesgo de caídas

Diagnostico

1. Fenotipo de Fried

Criterios: Pérdida de peso, agotamiento, debilidad, velocidad de marcha lenta y baja actividad física

Interpretación: 0: no frágil, 1-2: Pre-frágil, 3 o más: Frágil

2. Escala Frail

Criterios: fatiga, resistencia, ambulación, enfermedades y pérdida de peso

Interpretación: 0-Robusto, 1-2 pre-frágil, 3-5 frágil

3. Índice de fragilidad

- Basado en acumulación de déficits en dominios físicos, cognitivos, emocionales, y funcionales

Tratamiento

- No farmacológico

- Ejercicio físico multicomponente

- Suplementación nutricional: Proteína (1.2-1.5 g/Kg/día), vit D.

- Grupos de apoyo, estimulación social

- Farmacológico

- No hay fármacos específicos recomendados

Jorge Yair Alvarado Ramirez

Sarcopenia

Sx geriátrico caracterizado por la pérdida progresiva y generalizada de masa muscular esquelética, fuerza muscular y rendimiento físico, que se asocia con mayor riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización y mortalidad.

Epidemiología

- Prevalencia mundial: 30% en adultos mayores
- México: 34%, más común en mujeres
- Personas con sarcopenia tienen 3 veces más riesgo de hospitalización o muerte

Factores de riesgo

- Envejecimiento • Inactividad física • Desnutrición
- Enfermedades crónicas • Inflamación crónica • Disfunción hormonal
- Polifarmacia

Cuadro clínico

- Pérdida de masa muscular
- Disminución de fuerza muscular
- Lentitud al caminar
- Dificultad para levantarse de una silla o subir escaleras
- Caídas frecuentes

Diagnóstico

1 Criterios del EWGSOP

- Masa muscular, fuerza, desempeño físico
- Presarcopenia: 1, sarcopenia: 2, sarcopenia grave: 3

2 Cuestionario GARC-F: Evalúa funcionalidad

- Fuerza, aguda para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y caídas
- Cada ítem se puntúa de 0 a 2
- Puntuación $\geq 4 \rightarrow$ Riesgo de sarcopenia

Tratamiento

- No farmacológico (primera línea)
 - Ejercicio físico con enfoque en resistencia progresiva
 - Nutrición adecuada: Proteína (1.2 a 1.5 kg/kg/día), Vit D si hay deficiencia
- Farmacológico: No hay medicación aprobados específicamente.

Jorge Iván Alvarado Ramirez

Caidas

Precipitación involuntaria del cuerpo a un plano inferior, con o sin lesiones. En geriatría es relevante por su alta frecuencia, gravedad y etiología multifactorial.

Epidemiología

- 2da causa de muerte accidental en > 65 años
- Afecta hasta el 75% de adultos mayores
- Comunidad: 0.2-1.6 caídas/persona/año
- 50% con lesiones, 10% graves (fractura cadera/craneo)
- 1 de cada 5 > 85 años institucionalizados muere por una caída

Factores de riesgo

1. Intrínsecos (no modificables)
 - Edad, sexo femenino, polipatología, EVC, demencia, parkinson, déficit sensoriales, sarcopenia
2. Extrínsecos (modificables)
 - Obstáculos en casa, calzado inadecuado, uso incorrecto de bastón, andadera.
3. Farmacológicos
 - Benzodiazepinas, antipsicóticos, antidepresivos, AINES, antihipertensivos
4. Ambientales

Cuadro clínico

- Tropiezos, caídas repetidas
- Miedo a caer, inmovilidad
- Lesiones frecuentes
- Sx post-caída (hemor, depresión)
- Delirium o deterioro cognitivo

Diagnostico

1. Escala de Tinetti (Marcha + equilibrio)

- 15 items $\rightarrow$ Max 28 pts
- < 19 : alto riesgo o 19-24: moderado o ≥ 24 : bajo

2. Historia clínica: síntomas previos, fármacos, antecedentes

3. Exploración física: Cardio, neuro, visual y auditivo

4. Evaluar entorno

Tratamiento

- No farmacológico $\rightarrow$ Ejercicio, modificación del hogar, bastón adecuado
- Farmacológico $\rightarrow$ Solo patologías causales, evitar polifarmacia

Jorge Yair Alvarado Ramirez

Sx de inmovilidad

Perdida progresiva de la capacidad para realizar actividades por deterioro motor. Multifactorial y potencialmente reversible.

Epidemiología

- Aumenta con la edad, más frecuencia en mujeres
- 65 años: 6% con dificultad para caminar, 12.4% para salir
- 80 años: hasta 27% con inmovilidad
- 50% con problemas de movilidad, 30% significativos

Factores de riesgo

- Fisiológicos $\rightarrow$ sarcopenia, reflejos lentos, $\downarrow$ función cardíaca, y respiratoria
- Grupos de riesgo: Sedentarios, frágiles
- Causas frecuentes: soledad, obstáculos en casa, comorbilidades

Cuadro clínico

- Disminución de movilidad, fuerza y equilibrio
- Marcha inestable, dependencia funcional
- Aislamiento, deterioro cognitivo-emocional

Diagnóstico

- Historia clínica: Nivel funcional previo, fármacos, apoyo
- Exploración física: Cardio, neuro, músculo esquelético
- Escalas útiles:
 - Escala de Tinetti (max 28 puntos)
 - $< 19 \rightarrow$ Alto riesgo a caídas
 - 19-24 $\rightarrow$ riesgo moderado
 - 24 $\rightarrow$ Bajo riesgo

- Velocidad de la marcha
 - < 0.8 m/s. Indicador de fragilidad

- Prueba "stand up and go"
 - 20 seg $\rightarrow$ Dependencia física

Tratamiento

- Tratar causas, retirar fármacos innecesarios
- Rehabilitación física progresiva
- Adaptar entorno y soporte familiar y nutricional

Por grado funcional:

- Encamado $\rightarrow$ Movilización pasiva, calor
- Sentado $\rightarrow$ transferencias, sedestación
- De pie $\rightarrow$ Equilibrio con apoyo
- Marcha $\rightarrow$ Bastón, andadera progresiva

Incontinencia

Incontinencia urinaria

Perdida de orina involuntaria, considerada como un SX geriátrico. Afecta la calidad de vida, autoestima y autonomía.

Epidemiología:

- Prevalencia 20-30%, aumenta a 30-50% en 76 años
- Mayor en mujeres (30-60%)
- Hombres institucionalizados - 77%
- 5 a 10% tienen al menos un episodio mensual

Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Enfermedades neurológicas
- Inmovilidad
- Fármacos
- DM
- EPOC
- Demencia
- Obesidad
- Menopausia
- Cirugía pélvica

Clasificación y tipos

- 1 - De esfuerzo
- 2 - Urgencia
- 3 - Mixta
- 4 - Rebosamiento
- 5 - Funcional

Diagnóstico

- Historia clínica dirigida + exploración
- Diario miccional, volumen de orina, N° episodios
- Estudio urodinámico, ultrasonido vesical, cistoscopia

Tratamiento

- No farmacológico
 - calendario miccional
 - Ejercicios de Kegel
 - Reeducación vesical
 - Biofeedback
 - Fisioterapia, conos vaginales

Farmacológicos

- Urgencia $\rightarrow$ anticolinérgicos, oxibutinina
- Esfuerzo $\rightarrow$ Agonistas alfa-adrenérgicos
- Rebosamiento $\rightarrow$ antagonistas de R muscarínicos

Incontinencia Fecal

Perdida involuntaria de heces líquidas o sólidas.
Representa un problema social, emocional y médico

Epidemiología:

- Prevalencia del 2-21%
- 8.9 en mujeres comunitarias
- 7% IF mixta
- 4% solo fecal

Clasificación

- 1 Urgencia: Deseo de evacuar sin poder contener
- 2 Pasiva: Sin sensación de defecar
- 3 Total o parcial según grado:
 - grado 1 continente
 - " 2 incontinencia a gas
 - " 3 gas + heces líquidas
 - " 4 completa

Etiología y factores asociados

- Neurológicos → lesión medular, EVC, Alzheimer
- Anatómicos → Lesión esfinteriana, prolapso, radioterapia
- Funcionales → Movilidad, laxantes, demencia
- Otros → Cirugía, edad, enfermedades sistémicas

Diagnóstico

- Historia clínica dirigida, tacto rectal, inspección
- Estudios complementarios
 - Manometría anorectal
 - Ultrasonido endoanal
 - Electromiografía
 - Resonancia dinámica
 - Endoscopia

Tratamiento

- Conservador → Modificar dieta, control diarrea / estreñimiento, reentrenamiento anal
- Farmacológico → Antidiarreicos, laxantes de bolo, fibra, imipramina
- Quirúrgico → Reparación del esfínter, reparación de piso pélvico, esfínter artificial

Deterioro cognitivo vascular

Deterioro cognitivo vascular es una alteración cognitiva causada por daño en los vasos cerebrales.

La demencia vascular es su forma más grave, interfiriendo significativamente en la vida diaria

Epidemiología

- Segunda causa más común de demencia después de Alzheimer.
- Más frecuente en >75 años
- 10-30% de los px desarrollan demencia tras un ictus
- Subdiagnosticada debido al solapamiento con otras demencias

Factores de riesgo

- No modificables: Edad avanzada (principal), genética (APOE, CADASIL), sexo femenino
- Modificables: Hipertensión arterial, DM, Dislipidemia, obesidad, tabaquismo, dieta inadecuada, inactividad física y cognitiva, enfermedades cardiovasculares

Cuadro clínico

- Alteración en uno o más dominios cognitivos: funciones ejecutiva, atención, memoria, lenguaje, visión

Diagnóstico

- Evaluación clínica y neuropsicológica (test MMSE)
- RM → elección
- Criterios NICE: Deficit en un o más dominios cognitivos; evidencia de daño vascular en imagen

Tratamiento

- No hay cura específica
- Enfocado en prevención secundaria y factores de riesgo
- Control de hipertensión, DM y dislipidemia
- Estilo de vida saludable
- Tx de síntomas neuropsiquiátricos
- Fármacos anti-demenia $\rightarrow$ donepezilo o memantina

Enfermedad de Alzheimer

Demencia neurodegenerativa progresiva. Afecta memoria, lenguaje y funciones ejecutivas. Relacionada con β -amiloide y proteína tau

Epidemiología

- 40 millones de casos (se espera 115 millones en 2050)
- En México: 8.6%
- Principal causa de discapacidad en adultos mayores

Factores de riesgo

- No modifiables $\rightarrow$ Edad, APOE4, genética
- Modificable $\rightarrow$ HTA, dislipidemia, DM2, depresión, aislamiento, baja escolaridad

Cuadro clínico

- DCL tipo Alzheimer: Olvidos leves, sin interferencia con vida diaria
- Etapa leve $\rightarrow$ Pérdida de memoria reciente, anomia, disorientación leve, cambios de personalidad
- Etapa moderada $\rightarrow$ Amnesia importante, afasia, apraxia, agnosia, conducta alterada, dependencia funcional
- Etapa severa $\rightarrow$ Mutismo, postración, incontinencia, rigidez, complicaciones graves

Diagnóstico

1. Historia clínica y exploración neurológica
2. Evaluación genética integral
3. Evaluación psicoafectiva y cognitiva (MMSE, MoCA)
4. Pruebas de laboratorio y neuroimagen
5. Biomarcadores

Tratamiento

Farmacológico:

- Inhibidores de acetilcolinesterasa
Donepezilo, Rivastigmina, Galantamina
- Antagonista NMDA: Memantina

En investigación

- Anticuerpos monoclonales
- Inhibidores de β y γ secretasa

No farmacológico:

- Intervenciones cognitivas y sociales
- Manejo de comorbilidades y entorno seguro