

# **Síndromes Geriátricos**

**Dr. Jaime Cabezas Dueñas**

**Médico Geriatra**

**HRR**

**2016**

# Características del envejecimiento

## **Biología del envejecimiento**

El envejecimiento es un proceso biológico normal que ocurre en todos los seres vivos en el cual existe una progresiva pérdida de las funciones del organismo y culmina con la muerte.

# **Características del envejecimiento**

- Es deletéreo
- Universal
- Irreversible
- Heterogéneo e individual
- Intrínseco

# Alteraciones del envejecimiento

## Algunos cambios observados en el proceso de envejecimiento

<b>Sistema afectado</b>	<b>Cambio observado</b>
Agua corporal	Desciende entre 46-60%
Masa muscular	Descenso del 30%
Perfusión renal	Reducción del 50%
Flujo cerebral	Reducción del 20%
Peso cerebral	Disminución del 20%
Contenido óseo	Disminuido 25-30% en mujeres
Luz sobre retina	Reducción del 70%
Corticoides plasmáticos	Sin cambios
Capacidad vital	Descenso del 17%
Sentido del gusto	Reducido en un 70%

# Concepto

- Son condiciones de salud multifactoriales, propias del paciente anciano, que ocurren cuando los efectos de la acumulación de deterioros, en múltiples sistemas, tornan a una persona vulnerable ante demandas fisiológicas o fisiopatológicas.
- Existen síndromes geriátricos de mayor prevalencia como:
  - Incontinencia urinaria
  - Caídas
  - Inmovilidad
  - Deterioro mental

○ Existen otros de discutible menor prevalencia:

-Deprivación sensorial

-Insomnio

-Depresión

-Aislamiento social

-Malnutrición

-Estreñimiento

-Deshidratación

-Hipotermia

-Polifarmacia

-Sincope

-Úlceras por presión

## Diferentes modelos de aparición de los síndromes geriátricos

a) etiología multifactorial

Varias causas



Un síndrome geriátrico

b) consecuencias múltiples

Una causa



Varios síndromes geriátricos

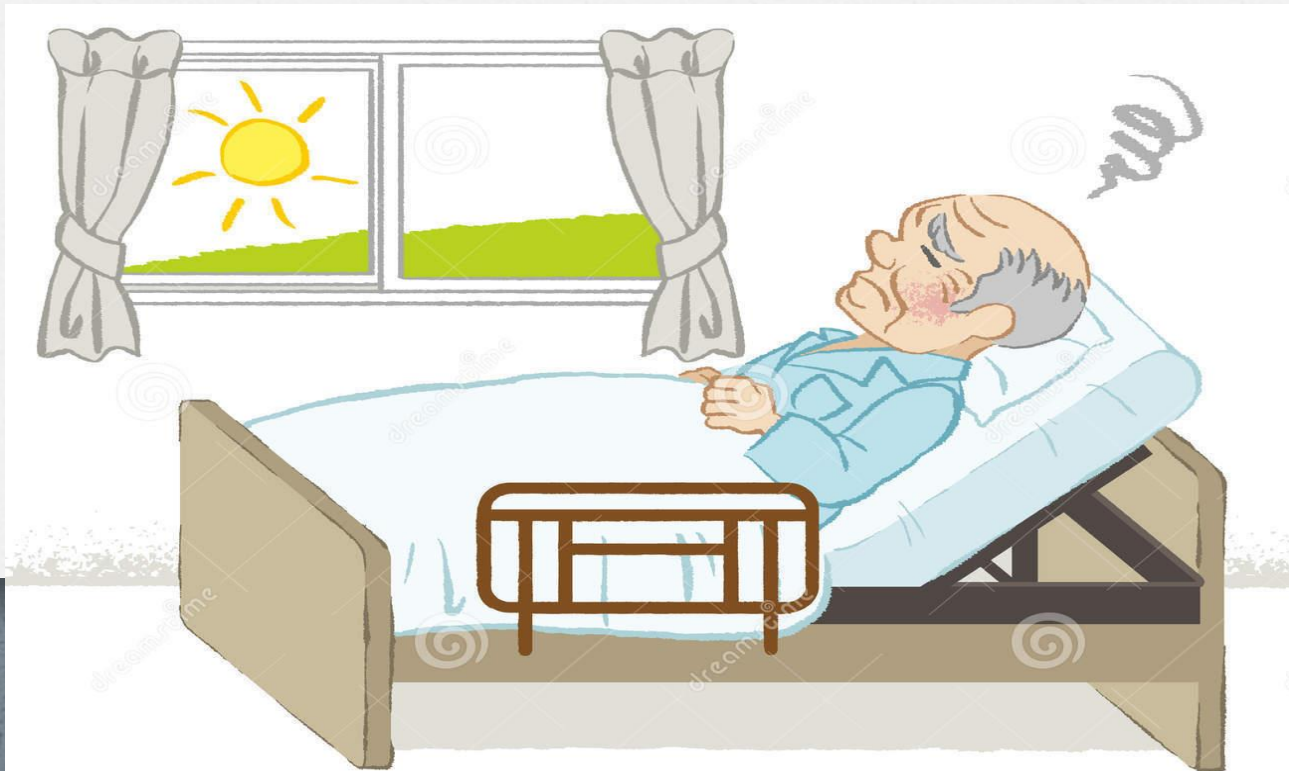
c) etiología en cascada

Un síndrome



desencadena otros

# Inmovilidad en el adulto mayor





- Es una entidad sindromática que deteriora de manera significativa la vida de los adultos mayores.
- Obedece a diversas etiologías y cursa con signos y síntomas asociados a la disminución de la capacidad motriz del AM.

○ Las formas de presentación varían según la causa subyacente:

-Pacientes que estando en condiciones de movilidad total caen en inmovilidad abrupta.

-Otros que desde una situación de movilidad total o parcial muestran deterioro progresivo.

-Otros cursan con fenómenos episódicos que ceden totalmente.

- Hasta el 20% de los AM presentan importante dificultad en su desplazamiento, y la mitad de ellos están en el estado de postración.
- En Chile el 7% se encuentra postrado.

# Etiologías

- Falta de fuerza o debilidad (musculatura en desuso, malnutrición, anemia, desordenes neurológicos o miopatías y alteraciones electrolíticas)
- Rigidez: La mas común; osteoartritis, parkinson, artritis reumatoidea, gota y polimíalgia reumática no deben ser pasadas por alto

- Dolor: Ya sea de hueso (osteoporosis, osteomalacia, cáncer, enfermedad de Paget y trauma), Articulaciones (osteoartritis, AR) y bursas o musculo (polimialgia reumática, claudicación intermitente)
- Problemas de los pies
- Alteraciones del equilibrio y temor a las caídas (AVE, pérdida de reflejos posturales, neuropatía periférica por diabetes, alcohol o malnutrición)
- Condiciones psicológicas (ansiedad severa, depresión o catatonias)

# CAUSAS

- ◆ **Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento (respiratorios, CV, nerviosos, osteomioarticulares, visuales, auditivos)**
- ◆ **Enfermedades frecuentes**
  - **Músculo- esqueléticas. Osteoartrosis, gota, osteoporosis, fracturas de cadera y miembros inferiores, enfermedad de Paget, patologías podológicas, polimialgia reumática, osteomalacia**
  - **Neurológicas. ECV, enfermedad de Parkinson, demencias, neuropatías periféricas, atrofas multisistémicas, hidrocefalia normotensiva**
  - **Cardiorespiratorias. Insuficiencia cardiaca severa, CI (grados III y IV), EPOC, enfermedad vascular periférica (arterial o venosa)**

# CAUSAS

- **Neurosensoriales. Déficits visuales (cataratas, glaucoma, retinopatía diabética), déficits auditivos, vértigo posicional benigno**
- **Endocrinometabólicas. Diabetes mellitus, hipotiroidismo, alteraciones hidro-electrolíticas (deshidratación, hipernatremia, hiponatremia, hipopotasemia e hipercalcemia)**
- **Debilidad generalizada, neoplasias en fase terminal, malnutrición, anemias**
- ◆ **Causas iatrogénicas. Fármacos antihipertensivos, hipnóticos, sedantes, neurolépticos), hospitalización**

# CAUSAS

- ◆ **Causas psicológicas. Depresión, miedo a caer, demencias**
- ◆ **Causas ambientales. Barreras arquitectónicas, inexistencia de elementos de ayuda (bastones, andadores, pasamanos)**
- ◆ **Factores sociales. Soledad, falta de apoyo social, aislamiento social**



# Tratamiento

- Además del tratamiento de todos los factores identificados como contribuyentes, la consulta al kinesiólogo debe ser considerada siempre.

# Manejo de complicaciones específicas

## Úlceras de decúbito

- La presión mecánica, maceración y fricción predisponen a su desarrollo
- Las alteraciones cognitivas, incontinencia fecal y urinaria y el estado de nutrición general
- En EEUU el 3 al 14% de pacientes agudos y el 10 al 35% de hospitalizaciones prolongadas
- El manejo del dolor contribuye a mejoría mas rápida
- Adecuada terapia nutricional (vitamina C= 1 gr/día y Zinc= 15 mg en la dieta), se recomienda en dosis habituales

- Debilidad muscular: El ejercicio graduado y de ambulaci3n graduada son efectivos (la hipercalcemia presente en estos pacientes se revierte con el ejercicio)
- Acortamiento y retracciones musculares: el 90% de los m3sculos isquiotibiales y rodilla.
- Trombosis venosa; con alt3sima morbimortalidad (TVP, TEP), principalmente en pacientes con factores cong3nitos (d3ficit de vitamina C activada por mutaci3n del factor V de Leyden, mutaci3n 20210 del gen de protrombina, d3ficit de prote3na C y S y d3ficit de antitrombina III, etc.), evitar con el uso de ejercicio f3sico vendaje de Extremidades inferiores y el uso de heparina profil3ctica
- Incontinencia urinaria y fecal.



# **Caídas en el adulto mayor**

- Es la ocurrencia de un evento que provoca inadvertidamente la llegada al suelo del paciente o a un nivel inferior al que se encontraba



# Epidemiología

- Es un síntoma común asociado a elevada morbimortalidad
- 1/5 de los AM entre 65-69 años y 2/5 de los mayores de 80 relatan al menos 1 caída al año
- El 80% se producen en el hogar y el 20 fuera del, el 30% no tienen explicación
- En USA es la 7ma causa de muerte de ancianos, el 50% de muertes están relacionadas de una u otra forma con caídas
- En Chile los accidentes y traumatismos ocupan el 6to lugar como causa del muerte del AM y el 10% conduce a fracturas

# Cambios del envejecimiento que predisponen a las caídas

- Existen 2 categorías: Los responsables de la estabilidad postural y los que afecta la homeostasis de la presión arterial.
- Reducción del control muscular y aparición de rigidez musculo esquelético
- Aumento de inestabilidad y balanceo al andar
- Cambios en la marcha
- Alteraciones de reflejos posturales
- Alteraciones de barorreceptores y reducción del flujo cerebral
- Alteraciones auditivas
- Alteraciones Visuales
- Alteraciones Neuroendocrinas

# Etiología de las caídas

- Suelen ser de etiología multifactorial asociadas a factores ambientales, patologías y/o medicamentos



# Peligros ambientales

- Suelos resbaladizos
- Camas altas
- Escalas sin barandillas
- Escalones altos y estrechos
- Iluminación deficiente
- Muebles u objetos mal ubicados
- Ropa y calzado inadecuado
- Otros

# Enfermedades

- El AM presenta 3 o 4 enfermedades coexistentes (Osteoporosis, osteomalasia, osteoartrosis, gonartrosis, coxartrosis, espondiloartrosis, alteraciones del pie, amiotrofias)
- Otras alteraciones osteoarticulares, neuromusculares y órganos de los sentidos (parkinsonismo, polineuropatía)
- También presentan alteraciones que afectan la presión arterial, cardiovasculares o neuroendocrinos (hipotensión ortostática 20%) y la demencia

## ○ **Fármacos (iatrogenia)**

- Hipotensos (existe menor compensación cronotropa por disminución de sensibilidad de barorreceptores)
- Betabloqueadores
- Diuréticos
- Hipoglicemiantes
- Hipnóticos
- Antidepresivos
- Neurolépticos
- Alcohol
- Otros

# Factores de riesgo significativos

- Sexo femenino
- Edad
- Historia de caídas
- Debilidad de la extremidades inferiores
- Problemas de equilibrio
- Artritis u osteoartrosis.
- Uso de drogas psicotrópicas.

# Consecuencias

- El 80% son lesiones leves o no existen
- El 1% presenta fractura de fémur, y en orden de frecuencia, fracturas de antebrazo, humero y pelvis
- A mayor edad, mayor riesgo de fractura
- Hay 20 veces mas riesgo de fracturas costales, TEC y Hematoma subdural crónico
- **Síndrome post caída** o miedo de volver a caer que incapacita al anciano.

# Evaluación del paciente caído

## **Anamnesis:**

Debe consignar:

- Enfermedades previas
- Uso de medicamentos (Incluyendo automedicación y de uso oftálmico)
- Descripción detallada de la caída (inicio, perdida o no de la conciencia, etc.)
- Factores ambientales contribuyentes

# Examen físico

- Debe ser completo y cuidadoso
- PA y pulso (si la PA se toma 3 min después al ponerse de pie y hay descenso de la PAS > a 20 mmHg, existe ortostatismo), si no hay cambio de la FC puede sospecharse alteración de barorreceptores
- Corazón (detección de soplo, miocardiopatía hipertrófica, alteraciones del ritmo), todos comunes en edad avanzada
- Masaje de seno carotideo: se define como el síndrome del seno enfermo si se verifica asistolia o pausa sinusal > a 3 seg o una caída de presión sistólica > a 50 mmHg.

- Signos de anemia
- Examen neurológico cuidadoso
- Marcha y equilibrio (prueba de Tinetti)
- Exámenes de laboratorio (debe estar enfocados a patologías sospechas ), pero la alta frecuencia de presentación atípica de las enfermedades en AM sugieren:
  - Hto
  - Recuento de blancos
  - BUN
  - Electrolitos
  - Creatinina
  - Glicemia
  - Niveles de Fármacos (digoxina, litio)
  - EKG y Holter
  - EEG y TAC
  - Ecocardiograma
  - Audiometría y VIII
  - RX de columna cervical



# Tratamiento

- Hay que establecer un diagnóstico. identificando los factores predisponentes
- Se debe actuar sobre la enfermedad y sobre el medio.
- Si existe trastorno de la marcha (entrenar al paciente y usar aparatos auxiliares).
- Apoyo kinésico preferentemente.

**○ Se recomienda:**

-Luz adecuada

-Buenas condiciones visuales y tratamiento de patologías oftalmológicas

-Utilización de audífonos

-Evitar uso de drogas tóxicas para el sistema vestibular, drogas que actúen a nivel de SNC (polifarmacia)

-Uso de calzado adecuado

-Realización de ejercicio programado para equilibrio y la reeducación de la marcha en situaciones viciosas

-Consideraciones especiales al uso de antidepresivos, ya que estos > el riesgo de 1,2 a 2 veces caídas

*“La vejez viene con la primera caída y la muerte con la segunda”*

Gabriel García Márquez

QUE DERIVA R	ESPECIALIDA D	A DONDE DERIVAR	COMO DERIVAR (Vía)	CUANDO DERIVAR (Condiciones)	ANTECEDENT ES RELEVANTES A CONSIDERAR	EXAMENES MINIMOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR	OTROS EXAMENES DESEABLES QUE SE DEBEN ADJUNTAR (o de nivel 2°)	REFERENCIA CONDICIONES DE CONTRA REFERENCIA DESDE NIVEL 2° A APS
Pacientes AM de 65 años en adelante que presentan CAIDAS frecuentes	GERIATRIA	HRR ( CAE )	Interconsulta	<p>Cuando presentan menos de 3 caídas por año con gran deterioro de su AVD</p> <p>Cuando presentan mas de 3 caídas por año con poco deterioro de su AVD</p>	<p>Referir: - características -fecha - complicaciones de ultima caída</p> <p>Consignar: Enfermedades crónicas Farmacoterapias medicas y no medicas</p>	<p>Según corresponda: EKG reposo Laboratorio: -Hemograma -Glicemia -TSH -EOC -Creatinina -ELP</p>	<p>Según corresponda : -Rx -TAC</p>	<p>Cuando : -No exista mayor riesgo de perdida de autovalencia -Se puedan manejar los factores de riesgo y las complicaciones de las caídas.</p>
Pacientes AM de 65 años en adelante que presentan	GERIATRIA	HRR (CAE)	Interconsulta	Con Síndrome de: -Inmovilidad reciente -Inmovilidad crónica	<p>Referir: -Tiempo de evolución -Forma de presentación -</p> <p>Consignar: -Enfermedades previas agudas</p>	<p>Traer: -Hemograma -Glicemia -Creatinina -TSH -EOC -ELP</p>	<p>En relación a la sospecha clínica: -TAC -Rx -Eco de partes blandas y/o</p>	<p>Cuando: -Se logre determinar la causa del mismo y mejoren las condiciones y riesgo de la inmovilidad</p>
CRITERIOS DE EXCLUSION: Es manejo de APS:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ - los síndromes de caídas sin riesgo de alterar AVD.</li> <li>▪ - Los síndromes de inmovilidad crónica si mayor riesgo de morbimortalidad</li> </ul>							