

CESAR FELIPE MORALES SOLIS

DR. CARLOS MANUEL HERNÁNDEZ

GERIATRIA

PLATAFORMA

6

PASIÓN POR EDUCAR

A

Sarcopenia

1.- Definiciones: La sarcopenia es reconocida como un sx geriatrico que implica una perdida de la masa esquelética, acompañada de una disminución en la fuerza y rendimiento físico.

2.- Epidemiología: >30 años perdida muscular progresiva
Aproximación en el adulto: 8% de masa muscular por década, después de 40 años
15% por décadas a partir de los 70 años
Prevalencia del 10% al 20% en adultos mayores de 6 años.

3.- Fx de riesgo:

- Envejecimiento
- ↓ Hormonas anabólicas
- ↓ Actividad de Células regeneradoras de músculo
- ↑ Inflamación
- Inmovilidad crónica
- ↓ Ingesta Proteica
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Enf. crónicas
- Encamamiento prolongado
- Trastornos neuromusculares
- Enf. reumatológicas

4.- Clasificación:

Primaria

- Envejecimiento
- ↓ Síntesis Proteica
- ↓ IGF-1

Secundaria:

- Déficit: Inactividad, Sedentarismo, etc
- Enf: Inflamatorias, Endocrinas
- Mal nutrición

5. - Manifestaciones clínicas

- Disminución de la fuerza muscular
- Reducción de la velocidad de la marcha
- Dificultad a realizar actividades diarias
- ↑ Riesgo de caídas

SARCO-PENIA GRAVE

Pérdida total de funcionalidad y alta discapacidad

6. - Diagnóstico

Criterios EWGSOP

- Masa muscular: Dexa, BIA, RMN, Tomografía
- Fuerza muscular: Dinamómetros
- Rendimiento

SARC-F

Evalúa funcionalidad y riesgo de sarcopenia con 5 preguntas: Fuerza, caminar, levantarse de silla, subir escaleras, caídas
 $\geq 4 \rightarrow$ Sugiere sarcopenia

7. - Tratamiento

- Ejercicio Físico: El más eficaz
Resistencia y Fuerza

Nutrición adecuada:

Ingesta proteica (1.2 - 1.5 g/Kg/día)

Vitamina D

Complementos: Creatina, Leucina, HMB

Sx de caídas

1.- Definición

Pérdida del plano de sustentación repentina e involuntaria, con o sin lesiones en el adulto mayor

2.- Epidemiología: 5ta causa de muerte en el mundo

66% → Caídas 1^o 10 pueden morir por las consecuencias de una caída
75% → >65 años

3.- Etiopatogenia

- Intrínsecas:

Alteraciones de marcha

Deficit sensorial

Parkinson, demencias

Sarcopenia

Vasculares

Señalización

- Extrínsecas:

- Obstáculos en el hogar

- Uso inapropiado de

bastones o ayudas

- Superficies resbaladizas

- Camas altas

4.- Fx de riesgo

- Polifarmacia >3 medicamentos (Benzodiazepinas, antidepresivos, neurolepticos, hipoglucemiantes)

- Px crónico

- Déficit funcional y mental

- Trastornos de la marcha y equilibrio

5.- Manifestaciones clínicas

- Desequilibrio al caminar

- Caídas recurrentes

- Miedo al caminar

- Dolor post caída

6.- Complicaciones

Equimosis, Hematomas

Fracturas

1.- Muñeca (cebs)

2.- Cadera (+ grave)

3.- Femur

7.- Diagnostico

- Historia Clinica detallada

- Evaluacion funcional y Fisica:

Bronberg, Tinetti → Equilibrio

Velocidad de la marcha

Timed up and Go → Prueba de levantarse de la silla

Evaluacion del Hogar

Estudios de imagen

8.- Tratamiento

Fracturas: Quirurgico por fijacion interna o externa

Rehabilitacion posoperatoria

Terapia aerobica → ↑ Confianza y equilibrio

Tai chi → fortalecer musculos, mejora balance y

flexibilidad

Canetas

9.- Herramientas para la marcha

Baston

Andaderas

Calzado adecuado:

Anchos para evitar la presión

Buen soporte

Suela antideslizante

Sx de Inmovilidad

Definición:

Disminución de la capacidad para realizar actividades diarias debido al deterioro de las funciones motoras

Características en el adulto mayor

- 1.- Inmovilidad se define relativa: Vida sedentaria con algo de movilidad
- 2.- Inmovilidad absoluta: Encamamiento crónico con riesgo de complicación
- 3.- Debilidad muscular progresiva
- 4.- ↓ tolerancia física

Epidemiología:

+ Común en mujeres

Apartir de los 80 años, la prevalencia sube a 25-27%.

50% Problemas movilidad y 30% Inmovilidad

4.- Fx de riesgo

Adulto mayor sedentario, Frágil, Indicador de riesgo: Velocidad de marcha $<$ a 0.8 m/s

5.- Etiología

- Sociales: Soledad, abandono, falta de apoyo
- Cambios ambientales: Barreras arquitectónicas, Falta de ayudas técnicas
- Comorbilidades de enfermedades propias del paciente

6.- Complicaciones

Orgánicas:

Piel: Úlceras por presión

Neurológicos: Delirium, Depresión, Pérdida de equilibrio

Muscular: Atrofia, debilidad, contracturas

Cardiovascular: Hipotensión ortostática, tromboembolismo

Respiratorias: Atelectasias, neumonías por aspiración

Gastrointestinal: Pérdida de apetito, estreñimiento, impacción fecal

Genitourinario: Incontinencias

Psicológicas:

Síndrome de incapacidad aprendida, miedo a caer

Sociales:

Incapacidad para el autocuidado

7.- Diagnóstico

Anamnesis

Determinar el grado de actividad basal

Evaluar actividades básicas e instrumentales

Identificar fx de riesgo

• Exploración física

Evaluación completa de sistemas

Observar movimientos: Cama, marcha

Pruebas funcionales

Escala de Tinetti: Mide balance (Máx 16 puntos) Marche C max

Demencias: Alzheimer

1.- Definición: Enf. cerebral que destruye lentamente la memoria y las habilidades del pensamiento

2.- Epidemiología

La incidencia la prevalencia es de 8% y en México del 8.6% en zonas urbanas y 8.5% en rurales

3.- Fisiopatología

• Familia: Hereditaria, con inicio antes de los 55 años, asociados a mutaciones en los genes AP β (Cromosoma 21), PSEN1 (14) y PSEN2 (1)

• Esporádica: Factores ambientales y predisposición genética

Alelo APOE4 \rightarrow Principal factor de riesgo

• Hipótesis Amiloideas: Acumulación del péptido beta-Amiloide, la forma A β 42, ya que esta forma es más tóxica y tiende a agregarse formando placas

• Hipótesis TAU \rightarrow Acumulación de proteínas tau hiperfosforilada en forma de neurofibrilares

4. Criterios diagnósticos

• Determinar significativos en la memoria episódica:

Cambio progresivo con duración > 6 meses

Confirmado con pruebas neuropsicológicas

Escala Mini-mental de Folstein → Evalúa la
función cognitiva en adultos y ancianos

Atrofia temporal medial

Biomarcadores LCR

Imagen funcional (PET) → Detección de depósitos
de Beta-amiloide a tau.

5. Factores Adicionales:

Apnea obstructiva del sueño

Déficit de vitamina B12 y D

Hipocloroastenia

Enfermedades cardiovasculares

6. Tratamiento

inhibidores de la colinesterasa, Rivastigmina,
Galantamina,

Antagonista del Receptor NMDA (Memantina)

Fragilidad

1.- Definición:

Sx clínico \rightarrow \uparrow Vulnerabilidad del adulto mayor a eventos adversos de salud

- Puede ser detectada a tiempo
- Enfoques utilizados para medir:
 - + Fenotipo de fragilidad (Fried)
 - + Acumulación de déficits (Índice de Fragilidad)

2.- Epidemiología

Varía entre el (2-24%) en comunidad hasta 80% en unidades de cuidados crónicos

3.- Factores de riesgo

- Cambios fisiológicos
- Enfermedades crónicas
- Aislamiento social
- Nutrición inadecuada
- Sedentarismo

4.- Herramientas para su identificación:

Fried: 5 criterios, una persona frágil si cumple con 3 o +

Índice de acumulación de déficits: Síntomas, enf.

FRAIL: Evalúa fragilidad de una persona a partir de 5 ítems

5.- Estrategias terapéuticas:

- Actividad física como: aeróbica, resistencia, marcha / equilibrio
- Descripción de fármacos en potencias inadecuadas
- Suplemento nutricional y proteínas inadecuadas
- Suplemento de vitamina D

Detenoro cognitivo vascular

1.- Definición: Reducción significativa de la capacidad mental que interfiere con la vida cotidiana

2.- Clasificación de Dva:

- Demencia post-ictal: Dentro de 6 meses tras ictus
- Demencia vascular isquémica subcortical
- Demencia multifarcto cortical
- Demencia mixta: Coexistente con otras patologías

3.- Dominios cognitivos afectados:

El detenoro cognitivo puede ser gradual

Funciones ejecutivas y la velocidad están afectadas:

Recuerdo tardío, Contenido visual

Evaluación 5 dominios: Función ejecutiva, atención, memoria, lenguaje, y función visuoespacial

4.- Diagnóstico

Imágenes: Bm → Detectar y cuantificar las alteraciones cerebrales

Anomalías comunes:

Hemorragias: Intracraniales y subaracnoides focales

Atrofia cerebral

Neurodegeneraciones secundarias: Lesiones subcorticales y el adelgazamiento cortical en regiones conectadas.

Escala

MOCA → 10 minutos cubre los 5 dominios básicos

- Pruebas Post-ictal → Usan pruebas leves

Tratamiento

- Control de la presión arterial
- Control de glucemia
- Dejar de fumar → Se asocia a una reducción en el riesgo de demencia
- Anticoagulación oral en FA → Reduce el riesgo de demencia en pacientes con fibrilación auricular

BIBLIOGRAFIA:

Geriatría / [editores] Carlos d'Hyver, Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Clemente Humberto Zúñiga Gil. -- Cuarta edición. -- Ciudad de México : E